

Juliana Cardoso Álvares

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AS
PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO PARANOÁ NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília, 2012

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AS
PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO PARANOÁ NO DISTRITO FEDERAL**

Juliana Cardoso Álvares

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa.

**Brasília
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA**A473P**

Álvares, Juliana Cardoso

Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as Práticas de Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde da Família do Paranoá no Distrito Federal / Juliana Cardoso Álvares. – Brasília, 2012.

72 f. : il.; 29 cm.

Dissertação (Pós-graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2012.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa

1. Saúde Mental. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Unidades Básicas de Saúde I. Maria Fátima de Sousa. II. Título.

CDU 613.86

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AS
PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO PARANOÁ NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação de mestrado a ser defendida perante a banca examinadora constituída por:

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa – Presidente
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - UnB

Prof^a. Dr^a. Miguel Ângelo Montargner – Membro interno
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - UnB

Prof^a Dr^a. Maria da Glória Lima – Membro externo
Departamento de Enfermagem - UnB

Prof^a Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça – Suplente
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UnB

Brasília

2012

À mamãe e papai:

Pela dedicação e imenso amor; pelas horas boas e difíceis; pelos conselhos e ensinamentos; pelos gestos de carinho; pelas palavras de incentivo; e pelos puxões de orelha; mais que porto seguro;

A minha gratidão e meu amor incondicional.

Aos meus irmãos:

Com muito carinho me incentivaram e pelo apoio constante.

Um beijo grande.

AGRADECIMENTOS

A sensação de cumprir mais uma etapa em minha vida não seria tão intensa e marcante se não houvesse pessoas queridas me acompanhando e me cativando, cada um à sua maneira, e se tornaram de extrema importância nessa jornada.

À Maria Fátima de Sousa, minha orientadora e minha “mãe preta”. Mulher forte, guerreira, mas que de tanto saber, segurança, e senso de humanidade e justiça, inspira em mim grande admiração profissional e respeito por tudo o que já construiu para a Atenção Básica no país.

À Ana Valéria Machado Mendonça, pelas valiosas discussões e sugestões no decorrer do trabalho.

À Maria da Glória, com todo seu jeitinho calmo e tranquilo, uma profissional competente e extremamente sábia, seu engajamento na área de saúde mental, fez amadurecer em mim o social, o ético, o real psicólogo.

Ao NESP, pelo apoio teórico e tecnológico da metodologia do estudo. Também pelo carinho e palavras positivas em qualquer situação.

Às amigas de todas as horas: Andreia Cardial, por sempre me incentivar nesse caminho longo, Ivana pelos seus conselhos admiráveis, Sumara de Oliveira, Luana, Natália e Rafaela, pelo apoio no momento da coleta de dados, Caroline Linhares e Rafaela, no mais trabalhoso momento, na degravação, Camila Reis, Arlete, Eliana, apoio psicológico nas minhas crises. A Natascha, pelo imenso apoio na fase de análise de dados. Ao Toni, meu colega de mestrado, que me ajudou com dicas e ideias durante a discussão do trabalho.

Ao André, que apesar das pressões, lembrava dos motivos que me fizeram querer estar aqui hoje, quando tudo ficava mais difícil de suportar.

A todos sou grata.

RESUMO

Esta investigação trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou analisar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde frente às práticas em Saúde Mental nas unidades básicas de saúde da família do Paranoá no Distrito Federal. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com catorze Agentes Comunitários de Saúde, com 10 questões referentes ao tema iluminados por artigos e outras referências bibliográficas. A análise do material compilado foi realizada pelo método de análise de discursos do sujeito coletivo (DSC) que se ancora nas expressões chaves e ideias centrais das falas dos sujeitos na pesquisa. Os resultados apontam, apesar de suas dificuldades e falta de qualificação na área, que os Agentes Comunitários de Saúde conseguem compreender e a identificar o sofrimento mental e as suas causas; e realizar ações em saúde mental. Evidenciou-se também que apesar de não terem recebido capacitação em saúde mental, os Agentes Comunitários de Saúde percebem a necessidade de tal demanda. Essas evidências vão ao encontro do novo paradigma da Reforma Psiquiátrica que exige, de certa forma, melhor preparo por parte da atenção básica, pois pouco resolve centralizar a assistência em saúde mental na atenção básica se ela própria não encontra condições para lidar com a problemática.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Agente Comunitário de Saúde; Saúde da Família; Unidades Básicas de Saúde.

ABSTRACT

This investigation it is a qualitative study aimed to analyze the perceptions of community health agents in the face of mental health practice in primary health care of the family of paranoia in the Federal District. Individual interviews were held semi-structured interviews with fourteen Community Health Workers, with 10 questions on the subject illuminated by articles and other references. The analysis of the compiled material was performed by analysis of CSDs (DSC), which is anchored in the expressions of the central ideas and key statements of the subjects in the study. The results show, despite its difficulties and lack of expertise in the area, the Community Health Agents can understand and identify the mental suffering and its causes, and take action on mental health. It also showed that despite not having received training in mental health, the Community Health Agents realize the need for such demand. This evidence will meet the new paradigm of psychiatric reform that requires, in some ways, better preparedness on the part of primary care, because little resolve to centralize mental health care in primary care if she does not find itself able to deal with the problem.

Keywords: Mental Health, Community Health Agent, Family Health, Basic Health Units

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Contextualização do Distrito Federal	p. 08
TABELA 2. Perfil dos Entrevistados	p. 28

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – O Significado de Loucura	p. 39
GRÁFICO 2 – Problemas de Saúde Mental	p. 42
GRÁFICO 3 – Causas do Sofrimento Mental	p. 46
GRÁFICO 4 – Ações dos ACS de Saúde Mental	p. 51
GRÁFICO 5 – Potencialidades	p. 54
GRÁFICO 6 - Dificuldades	p. 56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS: Atenção Básica em Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CS: Centro de Saúde

DF: Distrito Federal

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

ECH: expressões-chaves

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IC: ideia central

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

RS: Representação Social

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UnB: Universidade de Brasília

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	01
REFERENCIAL TEÓRICO.....	05
2. Caracterização do cenário de estudo: a estratégia saúde da família no Distrito Federal.....	05
3. Saúde Mental.....	10
4. Os ACS em relação à Saúde Mental no Programa de Saúde da Família.....	13
5. Agentes Comunitários de Saúde frente à Saúde Mental.....	18
6. METODOLOGIA.....	23
6.1 Participantes.....	25
6.2 Instrumentos de Coleta de Dados.....	25
6.3 Procedimentos de Coleta de Dados.....	27
6.3.1 Entrevistas Semi-estruturadas.....	28
7. ARCABOUÇO ANALÍTICO.....	31
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÊNDICE A.....	69
APÊNDICE B.....	70
ANEXO A.....	72

APRESENTAÇÃO

Analisar ações em saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF – como objeto de estudo não foi tarefa simples, e tampouco instantânea, ou natural. Acredito ter sido uma descoberta, ou o resultado de uma reflexão cuidadosa sobre minha trajetória profissional. Tornei-me consciente de que diversas inquietações que me acompanhavam desde a graduação em Psicologia no UniCeub contribuíram para a definição da linha de estudo a qual deveria prosseguir. Aproximei-me, assim, da Saúde Coletiva, e desde então busco encontrar nesse campo do conhecimento respostas – mesmo que temporárias - às várias perguntas acerca do como melhor pensar-fazer o cuidado integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Minha inserção no mundo do trabalho se deu pela Saúde Mental, mais precisamente em um Instituto de Saúde Mental, um Hospital Dia – ISM. A aproximação com a Saúde Mental, a partir da imersão em seus pressupostos teóricos e na história da reforma psiquiátrica brasileira, permitiram que eu construísse um novo olhar sobre o cuidado à saúde das crianças e das famílias que estavam em situação de sofrimento psíquico. Assim, pude compreender e vivenciar uma proposta de cuidado em saúde pautado pela noção de território, de rede, de cuidado integrado, de trabalho interdisciplinar, embora convivesse também com diversas dificuldades presentes no SUS que se colocavam diante da proposta da atenção psicossocial.

Desta forma, vários desafios são colocados aos profissionais da Atenção Primária e aos gestores da saúde, que se veem imersos em uma realidade que nem sempre permite o pleno desenvolvimento de ações de saúde que visem a transformação e a produção de saúde nas localidades. Dentre vários desafios, cito a formação profissional, a complexidade dos problemas sociais das comunidades, a gestão da saúde muitas vezes fragmentada, a pouca participação social e a

fragilidade da organização dos coletivos, a desarticulação dos serviços e dos níveis de atenção, a pouca articulação com outros setores da sociedade, dentre outros, que podem ser tanto de caráter micro quanto macro-estrutural, e que implicam em consequências importantes para a ampliação e fortalecimento da Atenção Primária e da ESF.

Portanto, com o reforço desta experiência cotidiana no mundo do trabalho em saúde, aliado ao processo histórico de falta de investimento neste novo modelo de atenção durante anos, o cuidado integral à saúde das famílias assumia uma posição idealizada, por vezes utópica. Embora, no discurso, seja um dos primeiros objetivos apontados pelos ACS.

Desta forma, conciliando minha inserção atual no campo da saúde, e a partir de minha trajetória profissional, senti a necessidade de compreender melhor os processos que são realizados pelos ACS na área da saúde mental, pela garantia da integralidade do cuidado e das ações no âmbito do território pelas equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. Tal inquietação levou-me a querer estudar como os ACS realizavam as ações em saúde mental, e como este se dava no contexto das práticas cotidianas, considerando os atributos esperados nos serviços de Atenção Primária. Por limitações de tempo e por conveniência, optei por desenvolver nesta dissertação de Mestrado o estudo sobre as percepções dos ACS sobre as práticas assistenciais em saúde mental na regional de saúde do Paranoá, sendo este o primeiro passo desta nova caminhada acadêmica.

Entretanto, os dados que foram coletados referentes ao objetivo de analisar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde frente às práticas em Saúde Mental nas unidades básicas de saúde da família do Paranoá no Distrito Federal, estão sendo trabalhados e serão posteriormente publicados no meio científico, de modo a tornar este objeto um contínuo processo de inquietações que se convertam em novas propostas de pesquisas, assumindo a intencionalidade de construir elementos que possam fortalecer a ESF e afirmar os preceitos históricos da Reforma Sanitária, em especial o direito de todos à integralidade do cuidado à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Com a implantação da Reforma Psiquiátrica no país e, com ela, a reinserção do paciente psiquiátrico na família e na comunidade, o núcleo familiar vem sendo considerado como unidade básica no processo de assistência. A família é responsável, na maioria das vezes, pelo apoio físico, emocional, social e psicológico ao seu familiar doente (1). Para cumprir seu papel de provedora, necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais que a orientem, tendo em vista os encargos advindos da convivência com a pessoa em situação de sofrimento psíquico (2).

O transtorno mental traz às famílias intenso sofrimento, exigindo-lhes uma reelaboração de sua dinâmica e estrutura (3). Tal quadro é agravado pela existência de crenças inadequadas acerca dos transtornos mentais que geram preconceito e estigmatização e que repercutem no relacionamento familiar e também influenciando o próprio processo de assistência prestada (4). O modelo utilizado pelos profissionais de saúde, e o modo de convívio com a pessoa portadora de transtorno mental contribuem para as dinâmicas familiares, principalmente quando se adotam estratégias transformadoras. Estas visam construir um novo padrão de assistência em saúde mental, rompendo com modelo clássico da psiquiatria, em que o manicômio era a única resposta à doença mental (5). Desde 2001, ano da promulgação da Lei 10.216 que regulamenta a política de assistência à saúde mental no Brasil, o Ministério da Saúde tem estimulado a expansão institucional e comunitária de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que estão concebidos para funcionamento em rede, com base na territorialização e adota as diretrizes da desinstitucionalização e da cidadania do usuário com sofrimento mental, articulando outros serviços de saúde mental (residências terapêuticas, oficinas terapêuticas e de geração de renda, leitos psiquiátricos em hospitais gerais), mas também com outros níveis de assistência do SUS (atenção básica e hospitalar) e com a comunidade (6).

Em relação à atenção básica, há mais de uma década, 17 anos, através do Programa de Saúde da Família (PSF), o Brasil vem adotando o modelo de assistência domiciliar, considerado estratégia importante para o cuidado em saúde, uma vez que as pessoas passam a ser atendidas em suas singulares necessidades e não por demanda (7). Essa estratégia de cuidado requer vários olhares frente à complexidade do cotidiano nos diferentes contextos, e solicita um pensamento sistêmico, já que o foco de cuidado é pautado pela consideração da maneira como a família funciona e se relaciona, pontos fundamentais no processo de atendimento.

Entre tantas características do PSF, é marcante a possibilidade de se conhecer a estrutura ou sistema em que se organiza a vida de determinada comunidade; prestar uma assistência universalizada, com descentralização de decisões; e contar com bases territoriais definidas para a atuação, vendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde (8). Nesse sentido, evidencia-se a importância de desenvolver propostas de serviços e ações que incluam práticas de Saúde Mental, partindo das situações observadas e priorizadas em seu cotidiano profissional e do conhecimento dos recursos disponíveis para que estes sejam utilizados de modo efetivo, o que é extremamente importante para o alcance de seus objetivos (3). Além disso, a atenção básica deve agir em consonância com a política de saúde mental tanto para a detecção, assistência e referência de pessoas em sofrimento psíquico e doença mental, como para a reinserção na comunidade das mesmas pessoas.

O PSF vem se mostrando como potencial transformador do cuidado em saúde mental uma vez que possibilita maior aproximação entre usuários, famílias, comunidade e profissionais. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes e, ainda, pouco tratados (9), tanto no que se refere ao sofrimento psíquico (diagnóstico sindrômico de triagem) como no que diz respeito à doença mental severa e persistente (diagnóstico psiquiátrico) (10). No entanto, estando o PSF em desenvolvimento, a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico.

O imaginário construído acerca dos transtornos mentais é muitas vezes constituído de representações pautadas pelo distanciamento, exclusão, periculosidade e determinismo, que vêm influenciar posturas, delinear percursos e determinar a assistência prestada nessa área (11). A construção desse novo modelo de assistência solicita dos profissionais, ou da equipe de atendimento, disponibilidade para rever os próprios conceitos, envolvimento, compromisso e flexibilidade, pois os desafios advindos do enfrentamento da problemática ligada à experiência de aproximação com os transtornos mentais pedem, cotidianamente, uma reflexão direcionada a um movimento interno de desconstrução de princípios fortemente instituído (11).

Nessa perspectiva, entende-se que a equipe que presta atendimento no PSF tem um papel central na construção de um novo modelo de cuidado, em particular na área de saúde mental. Sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) morador da comunidade, este que vivencia situações socioeconômicas e culturais semelhantes aos indivíduos e famílias a eles vinculados. Com isso, identifica-se com as condições de vida e saúde dos moradores, favorecendo a abordagem e interação com eles (12). Por outro lado, a exposição dos ACS aos problemas vividos pela comunidade pode ocasionar sua vulnerabilidade psíquica, assim esse profissional faz parte da comunidade ao mesmo tempo em que também representa o serviço de saúde (13). Considerando a relevância do ACS no interior das equipes do PSF como mediador das necessidades e demandas no processo saúde-doença e o potencial desse sujeito estratégico na prevenção e promoção das ações integradas do cuidado da saúde mental da comunidade, faz-se necessário verificar as concepções e percepções dos ACS a respeito do sofrimento mental e identificar as ações que realizam após detectar pessoas com este tipo de sofrimento. Portanto este estudo justificou-se pela necessidade de analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS da ESF nos complexos contextos políticos, sócios, culturais e ambientais dos seus territórios de atuação.

Algumas pesquisas na mesma linha, como dos autores Roselma Lucchese - 2009, Rosana Campos - 2006, e Valéria Coimbra - 2005, apontam a necessidade de integrar diariamente a saúde mental na atenção primária, como na ESF, e com

isso diminuir a distância entre eles, fazendo com que a equipe esteja mais preparada para enfrentar questões de sofrimento psíquico, para que tenham maior resolutibilidade, como os ACS. E para isso, eles precisam ter mais conhecimento e compreensão na área, ter mais cursos de capacitação, tornando a atenção primária mais abrangente, visando a realidade social da comunidade, o que reforça nosso estudo quando nos propomos a analisar as percepções dos ACS sobre as práticas em saúde mental e as ações realizadas junto aos indivíduos, famílias e comunidades no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. E para tanto foi necessário caracterizar as ações de saúde mental realizadas pelos ACS das equipes da ESF junto aos indivíduos em sofrimento mental e famílias e comunidades; verificar junto aos ACS as demandas dos indivíduos e famílias em referência ao sofrimento mental nas áreas trabalhadas; Identificar as percepções e as representações sociais dos ACS acerca do sofrimento mental, e subsidiar a organização das ações no âmbito da Atenção Básica.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL

Numa perspectiva histórica, observa-se que em 1979 a Secretaria de Saúde elaborou o Plano de Assistência à Saúde com o objetivo de estabelecer uma rede de complexidade crescente das unidades de saúde no DF, visando a implantação de unidades satélites de saúde em distribuição espacial estratégica e quantidade adequada e a regionalização da prestação de serviços visando facilitar e direcionar o acesso às estruturas médicas, de acordo com os graus de complexidade (14). A proposta nasce a partir da identificação de que o sistema de saúde até então vigente no DF era centrado na instituição hospitalar, sendo extremamente dispendioso para os cofres públicos (15).

O trabalho proposto pelo Plano de Assistência à Saúde preconizava a implantação de unidades de saúde que seriam responsáveis pelo atendimento primário, sendo implantados Centros de Saúde nas coordenações regionais então existentes. Com a expansão do DF e conseqüentemente do sistema de saúde local, em 1998 foram criadas 15 Diretorias Regionais de Saúde, que tinham como atribuições planejar ações de saúde a partir das necessidades sócio-sanitárias da população, garantindo o controle social; fomentar e coordenar as ações de saúde das unidades executivas e programas existentes na sua área de abrangência, incluídas as de referência e de contra-referência; articular as políticas e os recursos intra-setoriais e intersetoriais; coordenar e execução de política de recursos humanos, recursos materiais e recursos econômico-financeiros das unidades de saúde na área de abrangência (14).

Neste contexto, Hildebrand (15) nos mostra como a organização do sistema de saúde proposta neste Plano coincidia com os níveis de prevenção da História Natural da Doença, de Leavell e Clark, atribuindo assim à atenção primária um forte caráter preventivista com características do paradigma da Medicina Comunitária.

Entretanto, esta organização foi implantada no DF, sofrendo diversas mudanças ao longo do tempo, sobretudo com vistas a atender o então recém criado Sistema Único de Saúde e suas Normas Operacionais Básicas, tais como a NOB 93 e a NOB 96, que buscavam garantir meios de se atingir a descentralização do sistema (16).

No plano nacional surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1992 e o Programa Saúde da Família - PSF, em 1994, tendo este sido institucionalizado no Distrito Federal em três diferentes momentos, sendo denominado Programa Saúde em Casa, em 1997-98, e que chegou a ter aproximadamente 300 equipes implantadas; Programa Saúde da Família, entre 1999 e 2003, que teve 134 equipes; e Programa Família Saudável, entre 2004 e 2006, que teve 59 equipes (15).

O Programa Família Saudável buscava reorientar o modelo de Atenção Primária à Saúde no DF, porém se encerrou após o término do contrato da Secretaria de Estado de Saúde – SESDF – com a Fundação Zerbini, instituição sem fins lucrativos que ficara responsável pela gestão e contratação dos profissionais para o Programa. Com a demissão dos trabalhadores, a SESDF realizou concurso e contratou novos profissionais para em seguida reiniciar a composição e implantação de novas equipes de Saúde da Família, nos moldes da Estratégia Saúde da Família – ESF.

Embora possam ser identificadas iniciativas de APS no Distrito Federal, de forma geral, observa-se que a gestão da saúde no DF deu prioridade, por vários anos, a investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais, sendo que as iniciativas para fortalecer a APS foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidade, definindo o hospital como *lócus* central do sistema de saúde, com centralização da gestão financeira e de recursos humanos, reforço na residência médica especializada, foco no uso de tecnologia de ponta, considerando, assim, a APS como acessória ao sistema hospitalar (14).

Em relação ao processo de regionalização da Saúde, com o crescimento populacional do DF, em 2002 foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização da Assistência - PDR, buscando envolver as 15 Diretorias Regionais de Saúde e

agrupá-las em seis Regiões de Saúde (Centro Norte, Centro Sul, Leste, Oeste, Sul e Norte), definidas a partir da capacidade instalada da rede de serviços de saúde, perfil social, demográfico e epidemiológico da população, dentre outros. Em 2004 o PDR foi revisto devido ao contingente populacional da Região Oeste, sendo criada a Região Sudoeste, totalizando, portanto sete Regiões de Saúde, que são mantidas até os dias atuais.

De acordo com os dados coletados no mês de fevereiro de 2011 junto à GEMA – Gerência de Monitoramento e Avaliação da SESDF há equipes de Saúde da Família implantadas em todas as regiões de saúde do DF, mas ainda existem regionais de saúde que não possuem equipes, ou possuem equipes incompletas, o que torna a cobertura populacional da ESF por regional de saúde bastante variável conforme se pode observar no quadro 04.

Segundo estes dados, o DF possui 113 equipes completas de Saúde da Família consistidas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES – que atendem a 331.144 pessoas, o que corresponde a uma cobertura de 15,87% de toda a população, considerando a estimativa utilizada pelo Ministério da Saúde para pagamento do Piso de Atenção Básica, o PAB fixo, que é de aproximadamente 2.608.099 habitantes em 2009. Este total de equipes equivale a 977 profissionais da saúde, de todos os níveis de escolaridade, considerando os profissionais das equipes básicas e equipes de saúde bucal, não incluindo os profissionais lotados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que no período da coleta de dados correspondiam a 13 equipes no DF, e que têm como diretriz do trabalho o fortalecimento da integralidade no âmbito da Atenção Primária, dentre outras descritas na portaria do Ministério da Saúde número 154, de fevereiro de 2008 (17).

A tabela 1 também demonstra a situação de implantação de outros serviços ligados à Atenção Primária no Distrito Federal, a exemplo das equipes de Atenção Domiciliar, de Saúde Prisional e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que se articulam com as equipes de Saúde da Família nos diferentes territórios.

Tabela 1 – Caracterização das regionais de saúde segundo número de equipes de Saúde da Família consistidas no SCNES em fevereiro de 2011 e demais serviços de Atenção Primária

Regional de Saúde	Número de equipes completas da ESF	Cobertura da ESF	Atenção Domiciliar	NASF	Saúde Prisional
Asa Norte*	01	1,5%	01	-	-
Asa Sul*	-	0,0%	-	-	-
Brazlândia	02	22,6%		01 incompleta	-
Ceilândia*	06	5,0%	01	-	-
Gama	04	9,9%	01	-	01
					01 incompleta
Guará/ Estrutural Núcleo	06	13,0%	01	01 incompleta	01
				01 completa	
Bandeirante/ Candangolândia/ Riacho Fundo I e II	12	39,9%	-	01 incompleta	-
Paranoá	12	38,7%	01	01	-
Planaltina	09	17,7%	01	02 incompletas	-
Recanto das Emas	06	16,2%			-
Samambaia	30	56,4%	01	02	
				02 incompletas	-
Santa Maria	06	18,5%	-	-	-
São Sebastião	13	66,2%	01	01	05
					03 incompletas
Sobradinho	05	10,4%	01	01 incompleta	-
Taguatinga/ Águas Claras	01	1,0%	01		-
				-	-
TOTAL DE EQUIPES	113	15,8%	10	13	11
COBERTURA DO DF					

(Distrito Federal, 2007)

***Regionais que não possuíam equipes de Saúde da Família funcionando há pelo menos um ano na época da coleta de dados, e que, portanto não foram inseridas na pesquisa.**

De modo a caracterizar o perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família no DF e subsidiar a contextualização do cenário deste estudo

serão apresentados a seguir gráficos e tabelas obtidos a partir de informações coletadas por meio de questionário eletrônico que fora divulgado para todas as regionais de Saúde do DF. Esta etapa da pesquisa não tem o objetivo de analisar estes dados em relação aos achados obtidos na abordagem qualitativa, mas ilustra parte importante do que é a realidade estudada, a partir das respostas dos profissionais que se disponibilizaram a preencher o questionário. Estes dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2011, a partir das respostas de 14 profissionais, o que corresponde a 12% de um total de aproximadamente 1.070 profissionais que atuam na ESF no DF.

3. SAÚDE MENTAL

Nos séculos passados as pessoas que apresentavam alguma disfunção em relação à saúde mental eram internadas em casas de correção, sendo que tais instituições não trabalhavam com métodos curativos, submetendo os doentes à ociosidade. Os chamados Loucos eram visto pela sociedade como pessoas “perigosas”, sendo proibida sua livre circulação no espaço social com os demais habitantes. Com o avanço tecnológico os doentes que sofriam com problemas de saúde mental passaram a ter tratamento em instituições destinadas especificamente a eles, sendo criado o Manicômio.

Atualmente objetiva-se em relação à saúde mental não apenas à cura das doenças ou a sua prevenção, mas a inserção dessas pessoas em um convívio social, onde se trabalha a diversão em proporções satisfatórias, as quais avaliam o funcionamento psíquico saudável. Os surtos psicóticos são desenvolvidos de acordo com a personalidade que a pessoa desenvolve ao longo de sua vida.

Podemos dizer que as pessoas que desenvolvem problemas de saúde mental foram associadas a um modelo de exclusão social. No princípio os doentes eram internados em hospícios, pois se acreditava que seria a única forma de se obter eficácia no tratamento, ou também devido ao fato do doente mental representar certo tipo de perigo ao grupo social devido à dificuldade de controlá-lo.

Com o desenvolver de muitos estudos relacionados à Saúde Mental, ficou nítido que a família dos pacientes fazem uma grande diferença no tratamento, quando a família não estava próxima ao doente, rejeitando-o, esta era excluída, pois acabava prejudicando e muitas vezes aumentando o grau de deficiência do paciente; muitas famílias se resguardam da responsabilidade em auxiliar o ente que sofre de distúrbios mentais por relatarem a dificuldade de agir diante das manifestações do doente, ou até mesmo pela sobrecarga física e emocional.

No passar dos anos e com o desenvolvimento de estudos a respeito do tratamento aos pacientes com deficiência mental, estabeleceu-se a necessidade da desinstitucionalização, ou seja, o doente deveria deixar os hospitais e retornar à sua comunidade, à sua família. Muitos países, inclusive o Brasil corresponderam de forma benéfica, com mudanças significativas em relação às políticas que norteiam a assistência ao portador de transtorno mental.

Hoje tudo se volta à lógica em relação ao doente mental, da inclusão, onde o paciente necessita de compreensão; mesmo diante da Reforma da Assistência Psiquiátrica avançando gradativamente nos últimos anos, e com iniciativas bem sucedidas no campo da saúde mental, a internação em asilos e manicômios ainda possui grande força perante a sociedade.

Estabeleceram-se uma gama de estratégias na questão de saúde da família e uma delas são os serviços substitutivos em saúde mental, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), alavancando a questão política dos SUS. O serviço voltado para a saúde mental vem se estruturando a cada dia para a desinstitucionalização de pacientes que encontram-se em manicômios, deixando nesses locais apenas os que necessitam de tratamentos graves; os doentes que passam por sofrimento psíquico menos grave, continua a ser objeto de trabalho de ambulatorios e da atenção básica.

Os CAPS passaram a ser considerados um ponto estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, os CAPS resgatam os recursos comunitários à sua volta e trabalham continuamente na inserção social dos que sofrem de transtornos mentais em direção à comunidade.

Além dos Centros de Atenção Psicossocial existem outras redes que auxiliam na atenção a saúde mental, entre elas estão a saúde básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Fica nítido que o sistema assistencial vigente ainda privilegia as pessoas mais acometidas no dispositivo de atenção hospitalar. Fica claramente explícito aos agentes comunitários que estão cotidianamente em contato com o problema, que cerca de 56% das equipes de saúde da família referiram realizar ação de saúde

mental. Um fator importante em relação ao bom desenvolvimento do problema é a proximidade do paciente com a família e a comunidade, onde as equipes de atenção básica passam a ser fator estratégico.

A responsabilidade de dar assistência e melhorar a saúde mental num contexto populacional se torna cada vez mais complexa, pois envolve múltiplas decisões, sendo necessária a fixação de prioridades entre necessidades, condições, serviços, tratamentos e estratégias a respeito da promoção e prevenção de saúde mental.

No Brasil a Reforma Psiquiátrica vem mudando consideravelmente as práticas e serviços, sendo contrárias as ações inumanas e de exclusão com os pacientes que tem problemas de saúde mental. Um dos principais objetivos desencadeados pelos cientistas e pesquisadores é a proteção às pessoas que se encontram num estágio de vulnerabilidade.

As abordagens coletivas passam a ser observadas de forma curiosa, indicando transformação nas concepções e práticas dos profissionais que são influenciados por formações e posições ideológicas do campo da saúde coletiva. As Reformas Psiquiátricas que agem de acordo com os pressupostos básicos da não institucionalização dos pacientes que sofrem de distúrbio mental e também da consolidação de cuidados com a saúde e ênfase associada à rede de atenção primária. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem em comum, princípios que reorganizam o modelo de atenção básica.

4. OS ACS EM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os ACS buscam gradativamente a inserção dos pacientes com problemas psiquiátricos na sociedade, e vem ganhando espaço desde meados do século passado, onde se enfatizou a atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde, e foram desenvolvidas redes de apoio social e serviços comunitários que pudessem dar suporte aos enfermos em seu dia a dia. Com a reforma psiquiátrica, tentou-se substituir a forma de tratamento nos manicômios, que impõe aos pacientes uma vida longe de seu ambiente social, e buscou tratá-los de forma mais inclusiva, sem internações obrigatórias, e possibilitando que os pacientes tenham certo nível de circulação social. Deste modo, o PSF se configura como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados.

A afirmação cuidados culturais, diz respeito aos tipos de cuidados que os profissionais de saúde devem desenvolver no sentido de serem culturalmente sensíveis, qualificados e competentes. O PSF foi criado pela necessidade de se romper com o modelo imposto socialmente e constituir uma ação voltada à assistência à saúde, proporcionando uma atenção corretiva, curativa, individualizada, permitindo que os problemas sejam realmente resolvidos, saindo da coletividade transposta nos centros de saúde para o atendimento individual. Todas essas características são propostas desenvolvidas pelo Programa, que visa às ações de promoção à saúde e serviços próximos da comunidade.

O PSF nasceu da necessidade de se romper com o modelo assistencial em saúde, hegemônico no Brasil, caracterizado por oferecer atenção curativa, medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e de pouca resolutividade em termos dos problemas dos usuários do sistema. Além disso, o

Programa tem como proposta a criação de novo modelo de atenção que prioriza ações de promoção à saúde e serviços mais próximos da comunidade. Dessa forma, é visto como dispositivo essencial na reorganização da atenção básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, visto que visa imprimir nova dinâmica de trabalho na saúde pública. Segundo Lancetti (18), o PSF tem como propostas:

- 1- Singularizar a relação usuário/equipe: as pessoas deixam de ser um prontuário, um número, para transformarem-se em biografias;
- 2- Descentralizar a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe;
- 3- Desenvolver vínculos com a comunidade, com a ajuda do agente comunitário de saúde;
- 4- Aperfeiçoar a cobertura, pois o Programa atende por necessidade e não por demanda;
- 5- Abordar problemas na própria região, evitando-se encaminhamentos desnecessários e contando com os recursos da comunidade;
- 6- Contribuir para a participação e o protagonismo de todas as pessoas implicadas.

O PSF tem a função de cadastrar as famílias, realizando um diagnóstico a cerca das principais enfermidades, estabelecendo assim metas e ações para que tais problemas possam ser solucionados, em seguida entra o serviço dos Agentes Comunitários de Saúde, que vem a ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. No que diz respeito aos pacientes com transtorno mental, objetiva-se a inserção de novos locais para se criar uma humanização, possibilitando o convívio da comunidade com os portadores de transtorno mental, foram criados centros de atenção psicossocial (CAPS), que seriam os principais substitutos dos manicômios.

Atualmente esse trabalho desenvolvido pelos ACS, que possuem uma articulação entre saúde mental e atenção básica tornou-se algo imprescindível para os gestores em saúde, estabelecendo um cuidado contínuo e de qualidade ao paciente com transtorno mental. O trabalho dos profissionais que se atuam no PSF, é estar sempre empenhados a realizar intervenções imediatas, se antecipando aos problemas, para que não sejam realizadas ações desnecessárias. Algumas intervenções de saúde com usuários que possuem problemática relacionada à

dependência química e de sofrimento psíquico, em situações menos complexas podem ser tratadas em seu ambiente social, sem que o usuário seja excluído do convívio social. O acompanhamento dessas situações juntamente com as equipes de atenção básica, proporciona passos fundamentais para que o antigo modelo psiquiátrico seja deixado apenas para os pacientes com problemas mais graves.

O fortalecimento da resolutividade da atenção básica, para as demandas de saúde mais frequentes cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras fundamentais: a importância excepcional que adquire neste espaço [as chamadas] “tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais”, ou em outras palavras, a importância das tecnologias de conversa que facilitarão a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquela ou e outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de “porta de entrada” não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão. (19).

Ao se proporcionar uma estratégia de reorganização da atenção à saúde mental, com alternativas que desabilitam o modelo manicomial; ao ser inserido a inclusão das questões de saúde mental na política de implantações do PSF, norteou-se possibilidades benéficas, para que os pacientes, junto à suas famílias, consigam com mais qualidade e rapidez, voltarem ao meio social, sem ser considerado “louco” ou doente mental.

Alguns obstáculos são encontrados para que o paciente tenha acesso ao campo da saúde mental, pois as unidades de saúde vêm respondendo por menos de 10% da demanda, quando teria que ser um local privilegiado de acolhimento; tal fator ressalta a dificuldade de inserção da saúde mental na atenção básica nos hospitais psiquiátricos, é preciso oferecer qualidade de atendimento, quais as práticas de saúde são produzidas, ou seja, quais as estratégias podem ser focadas para se realizar um bom serviço em relação à atenção básica, onde o paciente encontre soluções na própria unidade básica, sem que seja necessário ser internado em hospitais psiquiátricos.

O fator primordial do projeto de saúde mental é nortear em todas as esferas de governo a consolidação e a expansão de uma rede extra-hospitalar e a

articulação entre os dispositivos existentes; alguns cuidados que são desempenhados para execução desses projetos, tais como a capacitação contínua para todos os profissionais que fazem parte das unidades de saúde da família, realizando também ações compartilhadas entre as equipes especializadas e as de atenção básica.

Muitos casos relacionados aos problemas em saúde mental podem vir a se resolver em nível de assistência, sem que seja meramente necessário o encaminhamento a níveis especializados do sistema de saúde. Para que houvesse uma descentralização dos serviços voltados para os pacientes que sofrem de transtornos mentais, houve a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e uma maior participação da comunidade.

De acordo com a Reforma Psiquiátrica cria-se um novo modelo Psicossocial de Cuidado que propõe que os fatores políticos, biopsíquicos e sócio-culturais se tornem determinantes das doenças. A partir desse modelo as terapias saíam do escopo dos manicômios e medicamentos exclusivos e o paciente passa a ter sua família e a sociedade, que se tornarão agentes fundamentais do cuidado. Com esse modelo podemos identificar a questão da integralidade da atenção e a participação social, além de se agrupar uma maior extensão no conceito saúde-doença, enfatizando uma interdisciplinaridade no cuidado do paciente, sempre orientados pelas ações do modelo psicossocial de cuidado e do PSF.

O Programa de Saúde da Família é um importante articulador na rede de saúde mental, pois visa superar o modelo hospitalocêntrico e voltar o cuidado na família, não enfatizando apenas o paciente, o PSF trabalha com conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, selecionam atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental. Além das ações desenvolvidas pelo programa na área de saúde mental, é preciso que os ACS e os profissionais da área buscam estar cada vez mais familiarizadas com o universo dos transtornos mentais, sua lógica e linguagem, o que os auxilia nos problemas que poderão vir a ocorrer nos pacientes.

5. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À SAÚDE MENTAL

No caso da saúde mental no Brasil, a mudança de concepção e de trabalho com o portador de sofrimento psíquico pode ser considerada recente. No passado a loucura já foi entendida como uma ameaça à paz da sociedade e o seu tratamento foi um mecanismo de exclusão, de segregação, e punição para os que sofriam com esta doença. As primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de “vigiar e punir” os “loucos” como se esta situação fosse um problema de conduta. “Tratavam” os indivíduos como se fossem culpados por sua situação.

A lógica da exclusão, para retirar o problema – no caso o doente – sempre esteve presente nos espaços destinados ao referido “tratamento”, que em muitas vezes era forma de correção, como é o caso do chamado “berço de contenção de loucos” (20).

No cenário mundial, depois da Segunda Guerra, o Estado passa a ser responsável não somente por garantir o direito à vida, mas também o direito à saúde, como forma de superação dos horrores da guerra (21). Da mesma forma, a loucura passa a ser compreendida como uma doença, que necessita de um tratamento, e não de uma punição, e visando à melhora no atendimento das pessoas portadores de sofrimentos psíquicos. A primeira ação que visava à reformulação do modelo de atendimento a esses portadores ocorreu em 1959, na Inglaterra (22).

O movimento liderado na Itália por Franco Basaglia tinha como pressuposto a desconstrução do até então modelo de atenção. Defendia a ideia da necessidade de tratamento aos chamados “doentes mentais”, mas um tratamento humanizado, que tivesse como foco o indivíduo, e não a doença (20).

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica teve início no ano 1978, com a denúncia de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações

cometidos nos hospitais psiquiátricos, concomitantemente com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, foi inspirada na experiência italiana, que partia do pressuposto de que “quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (23).

Segundo Amarante, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é:

[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (20).

Assim, a Reforma Psiquiátrica pretende, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (20).

Desta forma, criou-se a possibilidade de um tratamento humanizado, sem a necessidade do isolamento e distanciamento da família ao qual eram submetidos os usuários até este período.

Como afirma Heidrich, ao analisar a experiência italiana da Reforma Psiquiátrica,

[...] não bastava trocar o local do tratamento ao portador de transtorno mental, mas transformar a forma de conceber a problemática da loucura, cuidar, pensar e lidar com ela. Para os italianos, tratava-se de colocar a doença entre parênteses e cuidar da pessoa (24).

A organização dos trabalhadores da saúde mental em um movimento deu origem a diversas manifestações e lutas acerca da Reforma Psiquiátrica. Uma delas ensejou a conquista da conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei nº 10.216/01 que prevê a proteção das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e a criação de um novo modelo assistencial em saúde mental (25).

Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como um usuário sujeito de direitos, e de seu tratamento.

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação

de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário.

Portanto, a presença dos Agentes Comunitários de Saúde frente às demandas relacionadas à saúde mental, ressaltando suas percepções, visam proporcionar um convívio social entre a comunidade e as pessoas que possuem um sofrimento psíquico. As ações realizadas nas clínicas psiquiátricas não podem ser deixadas de lado, mas existe atualmente uma reforma psiquiátrica, que impõe um novo modelo de assistência e atenção básica, onde os ACS que normalmente já fazem parte da comunidade fazem visitas diárias, relatando todos os casos encontrados na localidade e repassando a toda equipe de saúde para que possam dar continuidade no atendimento.

A participação dos ACS em intervenções junto aos pacientes com transtorno mental vem sendo realizados por várias equipes em todo o país, e estes realizam três ações básicas: identificação de novos casos; supervisão dos casos já conhecidos e o encaminhamento aos profissionais de saúde, realizando assim um cuidado especial aos doentes, e em especial aos que sofrem de transtorno mental, estabelecendo um acompanhamento através de visitas domiciliares.

Em informações relatadas por ACS, nas intervenções realizadas em pacientes que possuem algum tipo de transtorno mental, foram desenvolvidos diagnósticos baseados nas referências da Organização Mundial de Saúde (26). Nos casos específicos de saúde mental, é mencionada uma dificuldade maior por parte da população em aceitar tais doentes em seu convívio social, por esse motivo é realizado sempre que necessário palestras informativas à respeito da qualidade de vida de todos, inclusive do paciente no âmbito social, e que esse convívio não causa nenhum mal à ninguém, e vem apenas agregar um auxílio a família e a ao paciente.

O Código de Ética assegura uma atenção integral a todo ser humano, corroborando a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001 (25), que protege todo portador de transtorno mental, sem discriminação de qualquer gênero ou espécie, suprimindo todas as suas necessidades, respeitando-o e acolhendo-o com igualdade,

e a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que afirma que saúde é direito fundamental do ser humano, implicando na prevenção da autonomia e na defesa da saúde, sua integralidade física e moral (27).

Deste modo, o SUS traz a igualdade na assistência sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, buscando apoio multidisciplinar através da articulação e participação da população (28). Os princípios e diretrizes do SUS tem origem na busca por qualidade de vida das pessoas e no desenvolvimento de ambiente saudável. A atenção à saúde deve ser integral, universal, promovendo a resolubilidade, intersetorialidade, equidade e humanização no atendimento para garantir o vínculo com a população que deve estar presente nas decisões e melhorias na assistência (29).

Sob essa perspectiva, o portador de sofrimento psíquico deve ter garantida a assistência à sua saúde, de modo transversal, em todos os níveis de atenção à saúde da população, não somente em serviços especializados. O ACS deve prestar o cuidado integral, contínuo e participar dos programas realizados na área adstrita, promovendo a saúde individual ou em grupos, detectando, o mais rápido possível, as necessidades da assistência, buscando apoio de qualidade no território e não se limitando aos recursos provenientes da ESF (29 e 30).

As famílias dos pacientes que sofrem de transtorno mental, costumam buscar os ACS através de registros ou mesmo por contato direto dos usuários, familiares ou de outros serviços e uma outra alternativa se dá pela observação do ACS em suas visitas à comunidade; esse último fator se torna extremamente importante, pois muitas vezes esses transtornos poderiam não ser identificados, causando um retardamento do tratamento.

A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controle dos sintomas e na melhoria dos resultados. Quanto mais depressa for instituído um curso de tratamento, melhor será a prognose. (26)

O primeiro contato realizado entre os ACS e as famílias, na criação de um cadastro, é a primeira possibilidade de se relatar problemas associados à saúde mental, para que seja dado o prosseguimento correto a esses pacientes, é imprescindível a quantidade mínima de informações e os relatos verdadeiros, pois

sem os dados relevantes e exatos fica complicado dar andamento ao processo. Outro fator que se reconhece por parte dos agentes referente a casos relacionados a transtornos mentais é pela queixa do paciente em querer se tratar com psicólogos ou psiquiatras.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, no qual serão utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados com o objetivo de ampliar as informações referentes ao objeto desta pesquisa, de modo a se permitir maior aproximação da realidade. Segundo Minayo (31), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. Ainda segundo Minayo (32), a opção por qualitativo se dá por trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas.

Para Bagdan e Berlen apud Ludke e André (33), a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada. É uma técnica que se dirige para o estudo das ideias e não das palavras isoladamente.

A pesquisa qualitativa “tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade” (34). É o tipo de pesquisa de que as ciências naturais mais se utilizam, posto que se ajusta ao método experimental. A prática de saúde, como prática educativa, dentro de uma metodologia de participação, deixa de ser um processo de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade.

Segundo Trivinõs (35), vários autores entendem a pesquisa qualitativa como uma expressão genérica e compartilham o ponto de vista de que ela tem suas raízes

nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos e, em seguida pelos sociólogos em seus estudos sobre a vida em comunidade.

Não serão limitados os sujeitos, pois de acordo com Minayo (32), “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”, e, além disso, “uma boa amostra é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”, isto é, foi definido o quantitativo das entrevistas, quando estas e os discursos começaram a se repetir, indicando assim, que foram suficientes para responder os objetivos propostos.

A coleta de dados foi desempenhada no período de agosto a setembro de 2011, após condução do projeto e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS. Foram realizadas entrevistas com 14 Agentes Comunitários de Saúde, tendo como instrumento um roteiro semi-estruturado que foi desenvolvido pelo próprio pesquisador após ampla revisão da literatura. Os profissionais que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram plenamente esclarecidos sobre os propósitos da pesquisa assim como poderiam ter desistido em qualquer momento se assim desejassem. Segundo Gaskell (36), a compreensão do mundo de vida dos entrevistados é a condição fundamental da entrevista qualitativa e deverá ser individual quando tem o objetivo de explorar em profundidade as diferentes relações referentes ao mundo do sujeito. Os conteúdos das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos. Apenas uma entrevista, o profissional preferiu responder as perguntas por escrito, e, portanto, não foi realizada a gravação da mesma. Ao fim desta etapa os dados coletados foram organizados mediante releitura do material.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) por intermédio de análises utilizando o software QualiQuanti. Segundo Lefèvre (37) o DSC é uma técnica de processamento de depoimentos, que consiste em reunir, em pesquisas sociais empíricas, sob a forma de discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes. Estes conteúdos, desta forma, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas Representações Sociais. O DSC pode ser visto, segundo

o autor, como um conjunto de artifícios destinados a permitir que o pensamento coletivo, enquanto realidade empírica, se auto expresse. Nesta etapa, após releitura exaustiva, os dados foram categorizados de forma a possibilitarem a construção dos discursos do sujeito coletivo.

Foram estabelecidas as relações existentes entre os achados deste estudo e o referencial teórico pesquisado.

Como critérios de inclusão na amostra, foram sujeitos desta pesquisa Agentes Comunitários de Saúde inseridos em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) no Paranoá, no Distrito Federal. Foram excluídos da amostra deste estudo profissionais que não estavam em pleno exercício de suas funções e aqueles que não se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

6.1 PARTICIPANTES

Para efeitos desta pesquisa, foram convidados a participar agentes comunitários de saúde que integravam a rede da Unidade de Saúde da Família do Paranoá no Distrito Federal. De acordo com Lefèvre e Lefèvre,

[...] a escolha de um conjunto com distintos sujeitos, vinculados ao tema a partir de seus distintos lugares e atributos sociais ou institucionais, permite a emergência de um confronto de perspectivas, e que enriquece de sobremaneira o entendimento do problema pesquisado. (38).

De todo o universo de pesquisa, foram entrevistados 14 ACS que trabalham em UBS do Paranoá.

6.2 INSTRUMENTOS DE COLETA

Optou-se pela realização de entrevistas individuais semi-estruturadas, de forma que contemplassem de maneira abrangente a opinião sobre inserção e atuação do agente comunitário de saúde no campo da unidade de saúde da família, segundo as peculiaridades dos sujeitos.

A entrevista individual é mais utilizada pelos pesquisadores que fazem uso do método do Discurso do Sujeito Coletivo (descrito na sessão “Análise de Dados”) por

ter uma série de vantagens. Entre elas, podem-se citar, de acordo com Lefèvre e Lefèvre:

[...] a abordagem sujeito a sujeito, o que permite o resgate da opinião individual livre de qualquer tipo de interferência; permite aflorar o discurso espontâneo; e permite a um entrevistador bem treinado conduzir adequadamente entrevista, observando se o pesquisado teria algo mais a dizer e cortando discursos inúteis no momento da entrevista. (38).

As entrevistas conduzidas foram do tipo semi-estruturadas, modalidade caracterizada por ser direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto geralmente por questões abertas e fechadas, o qual permite uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado (39). Acrescente-se a isso terem sido realizadas em um contexto semelhante ao de uma conversa informal, porém sem deixar de lado a devida importância e seriedade do tema.

Os principais blocos identificados como base comum para todos os entrevistados foram: (a) ações de saúde mental desenvolvidas; (b) articulações entre as equipes para realização do trabalho; (c) fatores dificultadores e facilitadores identificados; (d) percepção sobre o tema e as ações desenvolvidas.

Foi dada especial atenção à formulação das questões das entrevistas, de modo que não resultasse em perguntas arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. As perguntas foram elaboradas levando em consideração uma sequência lógica de abordagem do tema, procurando dar continuidade na conversação, com um certo sentido lógico para o entrevistado (40). Para tanto, procurou-se adequar a construção dos instrumentos, ao máximo, aos critérios de objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio propostos por Pasquali (41), assim como as orientações advindas de experiência com o uso do Discurso do Sujeito Coletivo (38).

Para a elaboração e adequação dos roteiros de entrevista considerou-se, a experiência da pesquisadora e da literatura científica sobre o tema em estudo. Os profissionais entrevistados foram escolhidos por conveniência, e são agentes comunitários de saúde que compõem a rede municipal de saúde do Paranoá.

Para o grupo de ACS da UBS foi utilizado roteiro de entrevista individual (Apêndice A) para identificar: quais e como as ações de saúde mental são

realizadas; a relação e interação entre os demais profissionais para realizar tais ações; a percepção do próprio trabalho junto à comunidade e, por fim, as barreiras e potencialidades percebidas diariamente.

6.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A Regional de Saúde do Paranoá forneceu os contatos dos enfermeiros, responsáveis pelas equipes, que possuíam o perfil de estudo para esta pesquisa. Desta forma, todos foram convidados a participar através de contato telefônico, sendo-lhes fornecidos as devidas informações e esclarecidas eventuais dúvidas acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Uma vez aceito o convite, foram agendadas datas e horários para que se pudesse realizar as entrevistas individuais e presencialmente, conforme disponibilidade de tempo e interesse dos sujeitos contatados.

A entrevista somente foi iniciada após cada participante ser breve e novamente informado sobre os aspectos mais gerais da pesquisa, estar ciente de seus direitos enquanto sujeito de pesquisa, e após o consentimento formal da coleta e utilização dos dados. Isso ocorreu por meio da assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Prezou-se que as entrevistas individuais fossem realizadas no próprio local de trabalho, na unidade de saúde do entrevistado, uma vez que, conforme fundamentado por Duarte (42), neste ambiente parece haver mais liberdade para expressão das idéias e menos preocupação com o tempo, caracterizando-se por serem mais longas, densas e produtivas. Principalmente quando se deseja abordar temas pertinentes à instituição em que se trabalha.

Quando adequadamente realizadas, essas entrevistas permitem coletar indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantar informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem com o objeto estudado (43).

Todas as entrevistas foram gravadas em meio eletrônico, de forma que se ampliasse o poder de registro e captação de elementos de comunicação que também são de extrema importância: pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (44). Ao final de cada entrevista, foi agradecida a participação do entrevistado e reforçados os seus direitos enquanto sujeitos de pesquisa, de modo a tentar manter o canal de comunicação aberto caso eventuais dúvidas se manifestassem.

Posteriormente, foram transcritas de forma literal (*ipsis verbis*) para *software* de edição de texto, com o auxílio do *software* livre Express Scribe[®]. Neste processo foram usados recursos provindos da própria pesquisadora, a qual ficou responsável por tal tarefa. Para garantir a qualidade e homogeneidade das transcrições, todas elas foram conferidas por esta pesquisadora.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, sob o parecer nº 355/2011, para cumprimento das disposições da Resolução nº196/96, referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, e não ofereceu risco aos sujeitos de pesquisa (Anexo A).

6.3.1 Entrevistas semi-estruturadas

De modo a se atingir os objetivos desta pesquisa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais com profissionais das equipes de Saúde da Família do Paranoá, Distrito Federal, os agentes comunitários de saúde, com roteiro previamente construído pelo pesquisador (Apêndice A). A compreensão do mundo de vida dos entrevistados é a condição fundamental da entrevista qualitativa e deverá ser individual quando tem o objetivo de explorar em profundidade as diferentes relações referentes ao mundo do sujeito. Para Minayo (45) a entrevista, como fonte de informação, permite fornecer dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. Tais informações tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, e que o cientista somente pode acessar com a contribuição da pessoa. Enquanto privilegiada forma de interação social, a entrevista está sujeita

à mesma dinâmica das relações existentes na sociedade. E tendo em vista a entrevista semi-estruturada, a autora afirma que esta modalidade facilita a abordagem e assegura que os pressupostos serão cobertos na conversa. Segundo Gaskell (36), a pesquisa qualitativa busca explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre determinado assunto em questão, sendo toda pesquisa com entrevistas um processo social, uma interação em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas.

Na seleção da regional de saúde do Paranoá, deu-se pelo fato dos profissionais de saúde terem tido curso a respeito do assunto em questão - saúde mental. Para tanto, definiu-se que a regional de saúde do Paranoá teria duas equipes participantes, e destas equipes profissionais seriam convidados a participarem da entrevista. Para este estudo considerou-se apenas os agentes comunitários de saúde das equipes de Saúde da Família. Pois estes profissionais estão mais em contato com os pacientes de suas áreas de abrangência. O perfil dos sujeitos entrevistados pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos sujeitos participantes da entrevista semi-estruturada

Sujeito	Sexo	Idade	Tempo de atuação na ESF	Escolaridade
ACS 1	Masculino	31	03 anos	2° grau
ACS 2	Feminino	25	03 anos	2° grau incompleto
ACS 3	Feminino	42	05 anos	2° grau
ACS 4	Feminino	27	04 anos	2° grau
ACS 5	Feminino	30	03 anos	2° grau
ACS 6	Feminino	38	05 anos	2° grau
ACS 7	Masculino	36	03 anos	2° grau incompleto
ACS 8	Feminino	33	04 anos	2° grau
ACS 9	Feminino	31	05 anos	2° grau
ACS 10	Feminino	35	06 anos	2° grau

ACS 11	Masculino	29	03 anos	2° grau
ACS 12	Feminino	32	04 anos	2° grau
ACS 13	Feminino	34	03 anos	2° grau
ACS 14	Feminino	36	05 anos	2° grau

Desta forma, a amostra de sujeitos entrevistados foi composta de 14 ACS. A análise de algumas características do grupo estudado mostrou que a prevalência dos entrevistados foi do sexo feminino, e que apenas três dos 14 entrevistados, eram do sexo masculino, com idade entre 25 e 42 anos. A maioria dos ACS, mais de 80% concluiu o 2º grau, apesar de ser exigência na contratação do ACS. Aproximadamente três ACS referiram ter participado de capacitação na área de saúde mental, com isso facilitando a sua compreensão em sofrimento mental.

7. ARCABOUÇO ANALÍTICO

Após coletados e transcritos, os discursos originais foram analisados segundo a técnica proposta por Lefèvre & Lefèvre (38): o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A metodologia do DSC está embasada na teoria das Representações Sociais (RS), proposta inicialmente por Serge Moscovici, em 1961.

Desde sua formulação àquela época, dentro dos preceitos da Psicologia Social, a teoria RS tem sido amplamente discutida, e foi aprofundada em alguns aspectos, assim, como também foi alterada em outros. De acordo com D. Jodelet apud Alvez-Mozzotti (46), o conceito de representação social é por ela definido como:

[...] uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. De uma maneira mais ampla, ele designa uma forma de pensamento social. (46)

A teoria RS sugere a existência de um pensamento social que é compartilhado entre sujeitos de um determinado agrupamento social, e resulta das experiências, crenças e trocas de informações presentes no cotidiano. Apresentam-se vinculadas ao discurso, comportamento e práticas sociais dos indivíduos. Assim, a teoria RS tem como propósito acompanhar, explicar e tentar compreender como ocorre a formação do pensamento e do conhecimento social (47).

As interações sociais vão criando “universos consensuais” no âmbito dos quais as novas representações vão sendo produzidas e comunicadas, passando a fazer parte desse universo não mais como simples opiniões, mas como verdadeiras “teorias” do senso comum, construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas (46).

Ao incorporar a teoria RS como base teórica, a metodologia DSC assume em seu processo de análise que os resultados obtidos serão verdadeiras e fidedignas

representações sociais daquilo que o grupo de ACS da ABS do Paranoá assumem como convicções e percepções compartilhadas enquanto grupo social.

Sob construção e amadurecimento desde a década de 90 por seus autores, na Universidade de São Paulo, sob a perspectiva da teoria RS, a metodologia do DSC torna possível a agregação de aspectos qualitativos e quantitativos do objeto a ser estudado, resultando, desta forma, em uma metodologia quali-quantitativa de pesquisa.

Em outras palavras, essa proposta metodológica ao mesmo tempo em que qualifica as ideias dos sujeitos entrevistados dentro de um determinado grupo sociocultural, fazendo emergir o semelhante e o diverso, traz a possibilidade de generalizações, já que permite a análise do grau de compartilhamento e distribuição das ideias dentro do grupo pesquisado. Desta forma, como colocam os autores LEFÈVRE & LEFÈVRE:

É insuficiente como resposta de uma pesquisa que o pesquisador conheça somente 'o que' e 'como' pensa uma dada população pesquisada. É importante também (...) se uma dada ideia está mais ou menos compartilhada por aquele grupo (38).

A técnica utilizada pelo DSC permite a reconstrução das representações e opiniões coletivas a partir de discursos coletivos, gerados mediante um processo complexo de operações sobre os depoimentos inicialmente obtidos, e que contam com o auxílio do Software Qualiquantsoft, desenvolvido especialmente para dar maior celeridade ao processamento de dados quali-quantitativos.

Após a transcrição literal (*ipsis verbis*) das entrevistas, resultaram na inserção dos dados no Qualiquantsoft, como nome da pesquisa, entrevistados, perguntas e respostas. Para dar início ao processamento propriamente dito, fez necessário o uso de dois operadores inerentes à metodologia.

O primeiro operador refere-se às expressões chaves (ECH), as quais devem ser selecionadas dentro da resposta de cada entrevistado. As ECH são os fragmentos de resposta, contínuos ou não, que trazem em si a essência do conteúdo do depoimento, sendo possível haver mais de uma ECH em uma dada resposta. São a partir das ECH que, ao final da análise, serão construídos os discursos coletivos propriamente ditos.

O segundo operador é a idéia central (IC), através da qual se descreve de maneira mais concisa possível o sentido das ECH selecionadas em cada trecho de entrevista. Assim, as IC representam aquilo que o entrevistado quis dizer em seu discurso. É a partir da IC que se faz aglomeração dos discursos semelhantes ou complementares em categorias de análises.

Outro operador, que seria o terceiro, que é muito utilizado é a ancoragem (AC), que é:

a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer (38).

Desta forma, fica claro que a AC não descreve o sentido, mas o sistema de crenças e valores dos sujeitos, que se revela sob a forma de afirmações genéricas para caracterizar situações específicas (47). Portanto, nesse caso, optou-se por não aprofundar a análise em Ancoragens, haja vista que as representações, crenças e/ou valores não foram questionados, mas sim a percepção do sujeito acerca da ação em saúde mental.

Tais operações culminam, ao final, em discursos coletivos elaborados a partir de fragmentos literais das entrevistas, que representam o conteúdo essencial (ECH) de depoimentos semelhantes que foram agrupados dentro de uma mesma categoria (IC ou AC semelhantes).

O discurso do sujeito coletivo sempre será redigido em primeira pessoa do singular, de modo que seja reproduzido “*um efeito de uma opinião coletiva expressando-se diretamente, como fato empírico vindo de um único sujeito de discurso*” (38), o que explicitamente vincula esta proposta metodológica com a teoria RS. A ligação entre as ECH deve ser realizada com o uso de conectivos, porém sem alterar o sentido real do texto. Além disso, também se devem retirar particularismos de sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas.

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A criação do SUS, a maior política de inclusão social do século passado, consagrou princípios que se tornaram pilares para atenção à saúde da população brasileira. Esses princípios, universalidade, o principal deles, a integralidade e a descentralização foram consolidados como direitos em decorrência do crescimento da consciência sanitária, produto de uma ampla mobilização social no país a partir da promulgação da Constituição.

Desde então houve notáveis avanços na atenção à saúde da população. Entretanto, mesmo com os avanços na atenção e nos aspectos jurídico-institucionais e organizativos, ainda persistem insuficiências e problemas que são desafios. Um dos mais relevantes é consolidação de um modelo de atenção à saúde que garanta a toda população o atendimento em reafirmação aos princípios do SUS e focado na qualidade de vida.

Há uma nítida sensação de que o paradigma que ainda norteia o modelo de intervenção na saúde não corresponde aos preceitos aprovados pela CF. O SUS, fortemente marcado por uma crescente medicalização e centrado na atenção hospitalar fez com que as ações básicas de saúde fossem relegadas, por anos, a plano secundário. Consequência disso, as metas propostas de “saúde para todos no ano 2000” não foram atingidas.

No Brasil, a reorganização da atenção básica – materializada pela implantação das equipes da saúde da família, se torna prioritária como ação estratégica reestruturadora para o aperfeiçoamento do SUS e direciona seu foco para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Incorpora os valores e princípios expressos a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, cujos compromissos coincidem com os ideários do Sistema Único de Saúde brasileiro que ainda continuam desafiar a contemporaneidade.

A presença dos ACS, recrutados dentro das próprias comunidades onde vivem faz a diferença ao permitir que o acúmulo de conhecimentos em cada localidade possibilita o enfrentamento mais eficaz dos problemas a serem enfrentados e superados no processo de desenvolvimento local do SUS. Ou seja, a Estratégia da Saúde da Família se apresenta como porta de entrada do sistema e onde as maiorias dos problemas de saúde que acomete as pessoas podem ser resolvidos.

É chegado o momento onde é necessário identificar as ricas experiências espalhadas por todo o Brasil e fazer dessas, ponto de encontro de lições aprendidas e trocas de possibilidades - para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil – onde a família seja o alicerce e a promoção da saúde, a possibilidade de resgatar o sentido ampliado de saúde como qualidade de vida.

Nessa direção, é destacada a importância que o fortalecimento e a reorganização da atenção básica assumiram no contexto da política de saúde nacional nos últimos anos. No entanto, parte de sua agenda - especificamente a de promoção da saúde - precisa ser reafirmada para que tenha lugar no contexto de transformações sociais mais gerais e para que se possa ter, por um lado, o incremento esperado nos investimentos e na qualificação dos profissionais para atuarem nesse nível de atenção, e, por outro, adequações e/ou melhorias na gestão e na oferta de serviços e de ações intersetoriais de forte apelo para a promoção da saúde de sujeitos e de coletividades.

As primeiras tentativas com a intenção em se estabelecer uma reforma no campo da saúde mental iniciaram-se nos manicômios e hospitais psiquiátricos; a reforma vinha com a formulação de auxiliar, abordar e de certa forma de se relacionar tanto com os portadores de sofrimento psíquico como também os dependentes químicos. Algumas características de tal reforma são (25):

- Abrir as portas dos manicômios;
- Humanização, estabelecendo um relacionamento cordial e saudável entre os profissionais e os usuários, evitando assim o abandono, onde o paciente perde seus direitos, sendo excluídos da sociedade; com a nova reforma psiquiátrica algumas ações foram propostas, tais como:

eliminar os meios de contenção; rever os diagnósticos utilizados; relativizar os prognósticos; fazer com que o paciente reconheça a si próprio; restabelecer as manifestações afetivas; utilizar roupas comuns do dia a dia; entre inúmeras propostas voltadas para a inclusão social dos pacientes.

Ao se realizar trabalhos voltados tanto para a saúde mental quanto na atenção básica, buscam-se profissionais em disponibilidade para falar, ouvir, auxiliar, pois existe no meio social em que se vive a questão do preconceito, é preciso criar alternativas, canais, para orientar a sociedade, os familiares e até mesmo os pacientes com relação a esse novo modelo instaurado com a reforma psiquiátrica. Para que haja um progresso nesse contexto é necessário entrar no convívio social do paciente, buscando descobrir possibilidades e alternativas, para estabelecer uma nova maneira de se viver em harmonia, o que vem a ser realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Quando se refere à nova forma de intervenção, visa-se a participação da população que é beneficiada, onde os princípios são colocados a todos e não impostos como forma de lei ou normas que são obrigatórias, nesse contexto o importante é a qualidade de vida dos pacientes.

No final dos anos oitenta, relataram-se as primeiras atividades desenvolvidas por ACS, e visava auxiliar as famílias para diminuir a mortalidade infantil, ressaltando também ações voltadas à saúde da mulher e das crianças. Em 1994 os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foram inseridos ao PSF, juntos estabeleceram alternativas de reorganizar e priorizar a atenção básica, além de levar cobertura assistencial às populações marginalizadas.

Para que esse projeto de ajuda às famílias na área de saúde tenha sucesso, e seja desempenhado com qualidade, é necessário priorizar determinados fatos, como no caso dos ACS, primeiramente é interessante que esses agentes façam parte da comunidade onde desempenharão seu trabalho, pois saberão lidar utilizando a mesma linguagem, os mesmos costumes e a mesma cultura, por passar a tratar de toda família e não apenas no setor materno infantil, é interessante que os ACS tenham um grau de escolaridade mais elevado.

É importante até mesmo para o Sistema Único de Saúde (SUS), que os ACS sejam incorporados à equipe de saúde da família, participando e se envolvendo nas variáveis ações técnicas assistenciais ou político social. Por não delimitar a função que será exercida pelos agentes, muitas vezes esses são sobrecarregados, pois se associa que tudo que venha a ser desenvolvido na comunidade referente às famílias é atribuído a eles, isso acaba por instruir um processo inadequado de qualificação, pois os agentes recebem diversos treinamentos fragmentados, realizado por diferentes programas, sem haver uma sequência lógica. Para que seja mais específica e eficiente essa qualificação, é preciso organizar todo o processo e com o auxílio de todos realizar as transformações, que é sem dúvida um processo lento.

Em todos os setores, sejam eles político, sociais ou na área da saúde, é necessário todo um processo de formação e qualificação, inclusive com os Agentes Comunitários de Saúde, ao se preparar o novo profissional, de acordo com a nova reforma, é preciso buscar mecanismos de seleção, processos de capacitação, realizando treinamentos introdutórios e posteriormente atualizando os profissionais, deixando-os sempre aptos para desempenhar sua função com qualidade e eficiência.

Existe hoje no Brasil a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080/1990, que relata como atribuição do SUS, a ordenação da formação dos trabalhadores do setor; o PACS, desenvolvido em 1991, que tinha como objetivo, reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente na região nordestina; em 1994 com a criação do PSF, que veio para substituir o modelo tradicional, se desempenhava a apoiar as ações de atenção básica junto às comunidades, ao invés das internações e permanências desnecessárias nas unidades de saúde.

Em meados dos anos noventa sob o regime do Plano Diretor de Reforma do Estado, houve no SUS, uma flexibilização, onde a iniciativa privada veio auxiliar a atuação do Estado na área da saúde, visando uma relativa melhora nos serviços, que passariam a ser realizados com mais eficiência, uma maior autonomia gerencial e uma redução de custos. No ano de 2002, o Ministério da Saúde, ressalta em um texto, as alternativas admitidas à vinculação do ACS, que seriam: de forma direta – por vias públicas, através de concursos públicos e de forma indireta – por meio de

contratos e convênios, ou mesmo através de parcerias com entidades privadas. Através dessa abertura proporcionada pelo Ministério da Saúde, muitos municípios contrataram os ACS através de prestação de serviços, contratos temporários, entre outras alternativas aceitas para tais contratações.

A categoria dos ACS foi agrupada ao PSF, realizando um elo entre as necessidades relatadas pela comunidade e repassando aos serviços de saúde, foi-se criando uma necessidade de que tais agentes tivessem uma maior qualificação profissional para assessorar com qualidade e eficiência os que necessitam de seus auxílios; no ano de 2006 com a Lei nº. 11.350, a profissão passou a ser regulamentada. Á partir de então os ACS passaram a desempenhar um papel de extrema relevância dentro da Equipe Saúde da Família (ESF).

O sistema único de saúde atualmente busca reordenar os serviços e ações através da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, nesse meio a preocupação é embasada na assistência de baixa complexidade que pode ser realizada nas unidades básicas, como os centros de saúde, que servem como porta de entrada para dar prosseguimento aos casos mais agravantes e complexos, necessitando de uma maior qualificação dos profissionais de saúde.

Portanto, os resultados e as discussões ora apresentados se sustentam em dois núcleos temáticos: **A compreensão de sofrimento mental e as ações destes ACS na atenção em saúde mental na regional de saúde do Paranoá.** Com base nestas questões, foram encontradas e discutidas diferentes categorias genuínas de Ideias Centrais relacionadas às percepções dos agentes comunitários de saúde acerca das ações em saúde mental, explicitadas neste estudo.

O primeiro núcleo abrangeu os dois modos como os ACS identificam as pessoas em sofrimento mental e as causas deste sofrimento.

O segundo núcleo, das ações de saúde dos ACS na atenção à saúde mental, e os elementos que facilitam e dificultam essas ações.

Tema 1. A COMPREENSÃO DE SOFRIMENTO MENTAL: A IDENTIFICAÇÃO DE CASOS E SUAS CAUSAS.

1.1 IDENTIFICAÇÃO DE CASOS

A discussão acerca do que é saúde e doença é complexa, e deve ser analisada de forma cautelosa. Existem diversos estudos sobre o assunto nos dias atuais. Alguns preservam a concepção de que saúde resume-se na ausência de doença, como o próprio conceito utilizado anteriormente (48). Entretanto, alguns teóricos (49) apontam que o processo de adoecimento envolve outros determinantes além dos biólogos, como fatores sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos.

Tendo em vista a criação da Política Nacional de Promoção de Saúde, pelo Ministério da Saúde, em 2006, que visa à promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade social e riscos à saúde. Entende-se então, a concepção de saúde e doença (físicas e mentais) como processos resultantes do modo de vida cotidiana de pessoas e de suas historicidades. Sendo assim, o objetivo terapêutico não é de curar doenças, mas de “fortalecer sujeitos, produzir saúde e defender a vida” (22). Assim, os processos que compõem o sofrimento psíquico são produtos da vida em sociedade, incluindo fatores que podem ser sociais, culturais, econômicos, ou até mesmo políticos, e não necessariamente possuem causas físicas e orgânicas.

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia Saúde da Família torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde está sendo cada vez mais frequente. As queixas são as mais variadas e para isso a equipe

precisa estar preparada para tal demanda e poder oferecer maior resolutibilidade aos problemas destes usuários.

Há duas formas dos sofrimentos psíquicos chegarem ao conhecimento dos ACS: a primeira se dá por meio de registros ou de solicitações por parte dos usuários, de familiares ou de outros serviços, de alguma ação no âmbito da saúde mental; e a segunda ocorre pela detecção do próprio ACS, na sua observação quando realiza suas visitas domiciliares.

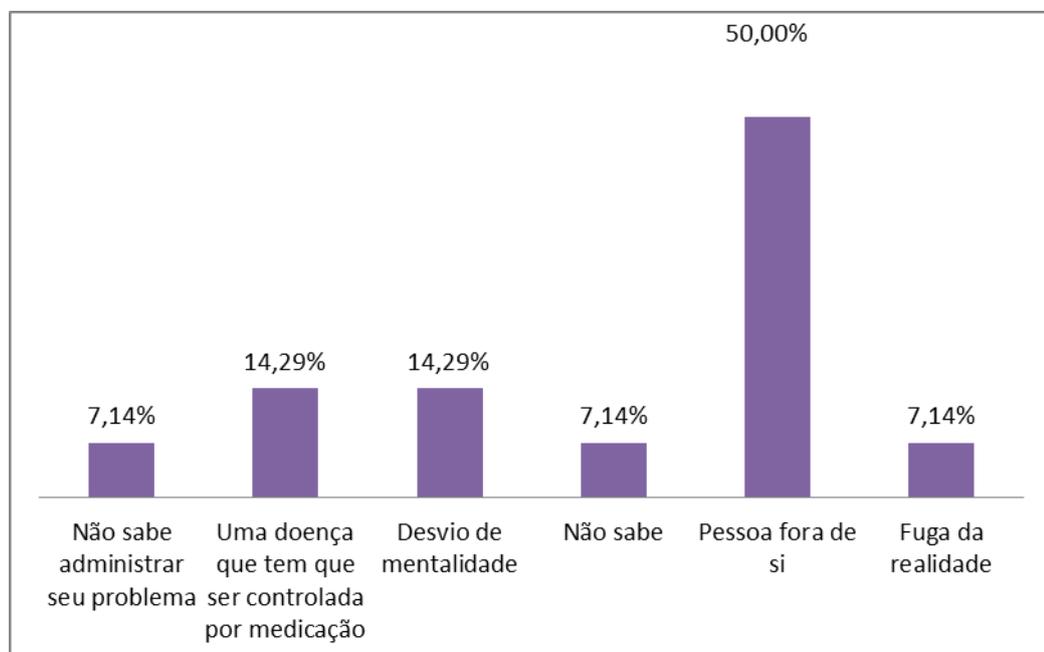
Destaca-se a relevância da identificação realizada pelos ACS pela observação, pois são situações de sofrimento mental que poderiam não ser identificadas pelos serviços de saúde ou serem diagnosticadas tardiamente, retardando as intervenções. Sobre a importância na rapidez da intervenção em situações de sofrimento mental, a OMS esclarece que:

A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controle dos sintomas e na melhoria dos resultados. Quanto mais depressa for instituído um curso de tratamento, melhor será a prognose. (26)

A identificação do sofrimento mental é o primeiro passo para o planejamento e implementação de ações com vistas à promoção de saúde mental de usuários e familiares.

Antes de descrever o que os ACS identificam como sofrimento mental, a análise das entrevistas permitiu que se conhecesse o que os ACS sabem sobre o significado de loucura. Como pode ser visto no Gráfico 1:

Gráfico 1 – O significado de loucura



Portanto, seguem abaixo alguns trechos dos entrevistados que detalham esse conhecimento:

ACS 1. *É uma pessoa que tem um problema e ela não sabe administrar esse problema [...]*

ACS 2. *É uma doença que tem que ser controlada com medicação, com apoio de um psicólogo, orientações [...]*

ACS 3. *Eu acredito que é um desvio de mentalidade da pessoa, que ela acaba saindo da linha do raciocínio real e fica só no imaginário dela [...]*

ACS 4. *Eu acho que é a pessoa que está completamente fora de si, não ter controle e percepção dos seus atos e nem dos atos dos outros. [...]*

ACS 5. *Toda e qualquer forma de fuga da realidade.*

ACS 6.*[...] não estar na sua consciência sã, na condição de saúde mental que não seja ideal de uma pessoa que a gente considera sadia [...].*

Segundo a OMS

[...] uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa em si mesmo a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida (26).

Embora não seja o foco do estudo, chama a atenção o fato de terem algum conhecimento a respeito do significado de loucura, mesmo sendo cultural, social, e do senso comum. De acordo com Schneider (50), considera-se sofrimento psíquico, um conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados da vida, relacionados às dificuldades de operar planos,

definir o sentido da vida. Ou ainda, relacionada ao sentimento de impotência e de vazio.

O comportamento foi apontado como um parâmetro fundamental para a classificação da pessoa em sofrimento mental, a partir do pressuposto de que existe um comportamento normal adotado pela maioria, e um “anormal” ou “diferente”, desviante do padrão mais regular.

A noção de que os comportamentos devem “fazer sentido” também é um requisito para que a pessoa seja compreendida como “normal”: assim, atitudes com as quais as pessoas parecem não se identificar, são determinantes no processo de conceituação da pessoa com sofrimento mental. Nesse sentido, está presente entre os ACS a ideia de que a pessoa com transtorno mental é facilmente identificável em função de características comportamentais destoantes do consenso construído pelo coletivo.

Considerando que hábitos incomuns em um determinado meio sociocultural são entendidos como anormais, percebe-se a evidente influência de fatores socioculturais no processo de julgamento sobre a normalidade ou anormalidade das pessoas. A “loucura”, historicamente, é relacionada a uma condição de estranheza pelo fato de ser um fenômeno em que não se tem uma compreensão plena.

Em seguida será descrita a identificação de situações de sofrimento mental observadas pelos ACS na atenção às famílias de sua área.

A riqueza dos resultados obtidos nas entrevistas com os ACS foi surpreendente ao se verificar o envolvimento dos mesmos em situações de sofrimento mental. Os ACS estabelecem uma relação de proximidade com as famílias, estabelecendo um diálogo e assim identificam pessoas com sofrimento mental.

A apresentação de comportamentos estranhos, exagerados, e falas sem sentido dos usuários de sua área constituem outra forma pela qual os ACS identificam pessoas com sofrimento mental.

Ao serem questionados quanto às características de pessoas com sofrimento psíquico, ou seja, quais eram os problemas de saúde mental que eles encontravam, os ACS citaram comportamentos que configuram os aspectos diagnósticos descritos

pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10). A CID-10 (26) é “um sistema de classificação mais simples e útil na prática clínica” (51) e, embora os ACS não tenham clareza sobre o nome de um determinado adoecimento mental (o que não é de sua competência), sabem tratar-se de um adoecimento desta natureza.

Dentre os problemas de saúde mental descritos no CID-10 e os que ACS encontram nas suas áreas de abrangência, foram destacados os seguintes: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, distúrbios de comportamento, transtorno do pânico, ansiedade, autismo, retardo mental, epilepsia e traumas.

Os ACS citam situações em que o usuário apresenta quadro de depressão.

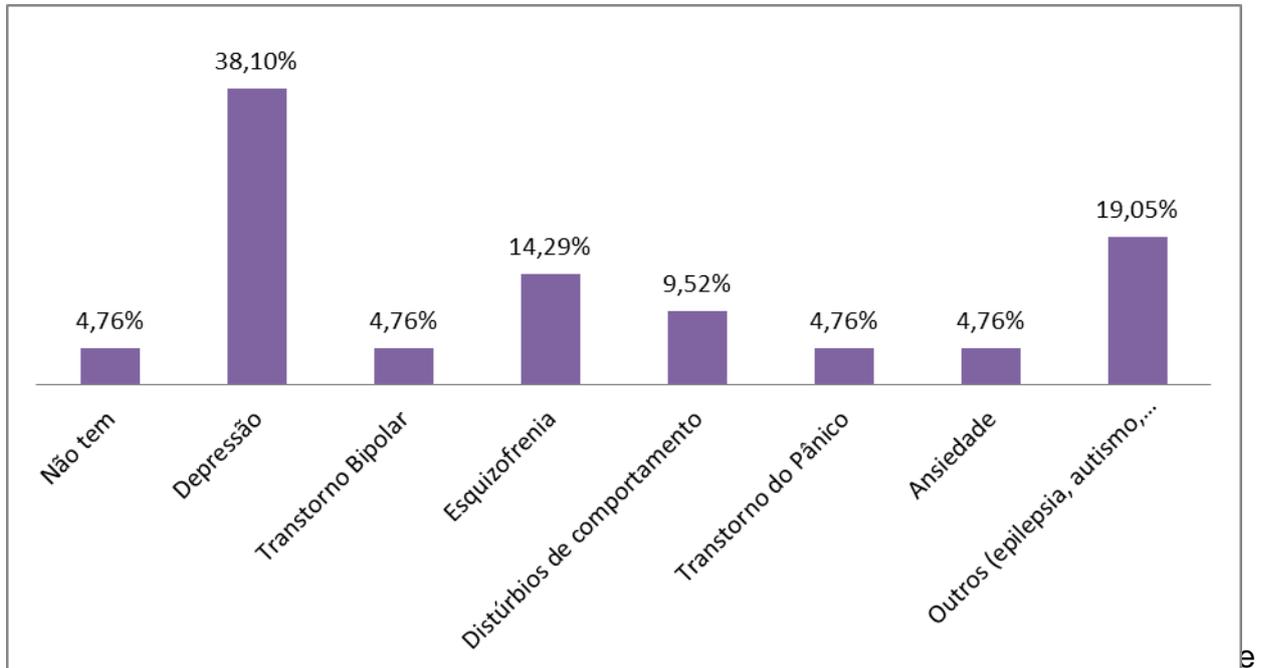
ACS 1. [...] *que às vezes o filho está envolvido em drogas e a mãe começa a desenvolver um quadro de depressão também. Tem muito caso de depressão [...]*

ACS 2. [...] *É mais depressão, ansiedade, mais as mulheres, acho que ficam sozinhas, às vezes elas chamam a gente para as casas delas nem é pra fazer visita, na hora que você chega aí ela começa a falar do marido e fala, fala, fala e não para mais [...].*

ACS 3. [...] *Me deparei com as pessoas com sintomas depressivos mesmo[...].*

A alta prevalência da depressão entre a população em geral pode ser um dos fatores para que tal agravo seja tão citado pelos ACS, ou seja, dizem mais sobre este tipo de sofrimento porque se deparam mais com os mesmos no exercício de sua profissão. Como pode perceber no Gráfico 2:

Gráfico 2 - Problemas de Saúde Mental



mental encontrados nos seus territórios.

Quanto aos outros problemas de saúde mental relatados pelos ACS como a esquizofrenia, o transtorno bipolar e do pânico, o distúrbio de comportamento, ansiedade, epilepsia, autismo, traumas e retardo mental, os ACS que citaram esses problemas, descreveram os sintomas e como o identificaram de acordo com o conhecimento que tem desses problemas. Abaixo estão relacionados alguns aspectos de diagnósticos e pode verificar a descrição dos ACS, mas a maioria dos problemas e os sintomas não foram detalhados pelos ACS.

ACS 1. *Já encontrei paciente que é quase esquizofrênico, que ouve coisas, que vê coisa, que acha que está, enfim que estão falando dele, já não está muito consciente das coisas assim. [...]*

ACS 2. *[...] Já me deparei com esquizofrenia, que é um paciente mais grave.*

ACS 3. *Eu acho em minha área de atuação algumas pessoas que penso ser Bipolar.*

ACS 4. *Aparentemente sintomas parecidos com transtorno do pânico e em situações a pessoa fica com suores, nervosa e fica achando que vai morrer de repente.*

ACS 5. *Eu só tenho um que é um rapaz que foi até abandonado pela família, muito agressivo, não tem controle das suas ações e todo mundo da vizinhança tem medo dele, a*

mãe abandonou por que ele agredia a mãe e hoje ele vive assim, lá em uma casinha no fundo do lote alguém vai lá e leva uma comida pra ele, até eu mesma não tenho muito contato com ele, eu também tenho medo de ir lá sozinha conversar com ele. Pequenos distúrbios de comportamento.

ACS 6. *Ansiedade, mais as mulheres, acho que ficam sozinhas, às vezes elas chamam a gente para as casas delas nem é pra fazer visita, na hora que você chega aí ela começa a falar do marido e fala, fala, fala e não para mais. Aí você fala meu Deus do céu, na minha área, por exemplo, tem uns cinco casos de alcoolismo, tem uma senhora que já tentou suicídio.*

ACS 7. *A gente encontra muitos problemas psicológicos, né, famílias que estão abaladas por alguma coisa, a questão do alcoolismo também, pessoas dependentes de álcool que não ficam no seu estado normal, é problema de epilepsia também. Autismo, desenvolvimento racional bem mais recuado. Na área existem vários tipos de distúrbio mental, meu paciente teve um choque na família, mas foi adquirido mesmo com o tempo, ele não nasceu com essa doença, são vários tipos de distúrbios. Seriam pessoas que realmente já tem tratamento no CAPS, pessoas de longo prazo por causa de traumas, ex- usuários de drogas.*

A identificação dos casos de sofrimento psíquico é o primeiro passo para o planejamento e implementação de ações com vistas à promoção de saúde mental de usuários e familiares.

Os relatos acima demonstram fragilidade dos ACS em definir o que é um sofrimento psíquico e quais são essas doenças, eles não possuem clareza de como configuram as situações de sofrimento mental, ou seja, não reconhecem sinais e sintomas de tais situações. Tudo isso se dá pelo fato de não terem capacitação nessa área que pra eles é tão importante para a saúde do indivíduo. E com base nos seus conhecimentos na área de saúde mental os ACS referem-se aos problemas relacionados que eles encontraram como sendo sofrimento mental o autismo, epilepsia, traumas e retardo mental, como se vê no relato acima do ACS 7.

A partir da análise das entrevistas, verifica-se que os ACS têm condições e estão aptos para identificar situações de sofrimento mental, em especial a depressão, já que a quantidade de detalhes relacionado a este sofrimento mental é significativamente superior em relação aos demais. Entre os ACS está presente a ideia de que a pessoa com transtorno mental é facilmente identificável em função de

características comportamentais destoantes do consenso construído pelo senso comum.

A depressão foi citada pela maioria dos ACS, 38,10% deles, como sofrimento mental presente em suas áreas. A alta prevalência da depressão entre a população em geral pode ser um dos fatores para que tal agravo seja tão citado pelos ACS, ou seja, dizem mais sobre esse tipo de sofrimento porque se deparam mais com os mesmos no exercício de sua profissão.

Como se verificou nas sentenças selecionadas para ilustrar os aspectos diagnósticos, os ACS referem com propriedade as características das pessoas, não tratam de sintomas, mas de sujeitos. Os ACS colocam a importância de ter o trabalho na área de saúde mental para a população que eles atendem. Portanto, verificou-se que apesar de não terem recebido capacitação em saúde mental, os ACS percebem a necessidade de tal demanda. Também, o novo paradigma da Reforma Psiquiátrica exige, de certa forma, melhor preparo por parte da atenção básica, pois pouco resolve centralizar a assistência em saúde mental na atenção básica se ela própria não encontra condições para lidar com a problemática.

Com base nos relatos dos ACS a respeito do que eles compreendem e como identificam os problemas de saúde mental nos seus territórios, pode-se concluir que: para que os ACS e a sociedade possam lidar melhor com as formas diferentes de sofrimento psíquico, como a sua natureza e seus conceitos, ou com sofrimentos de qualquer natureza, é necessário que o sistema de saúde o enxergue sem preconceitos, considerando simplesmente as condições como ser humano, abandonando a concepção de cura e adotando a concepção de cuidado, fundamentada na humanização e na subjetividade dos seres (psíquico) imersos no contexto social, como propunha a Reforma Psiquiátrica (52). É assim que se busca a atenção integral necessária a qualquer tipo de sofrimento. Dessa forma, para almejar a atenção integral o ACS da ESF deve buscar a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, os recursos materiais e os recursos da comunidade (29).

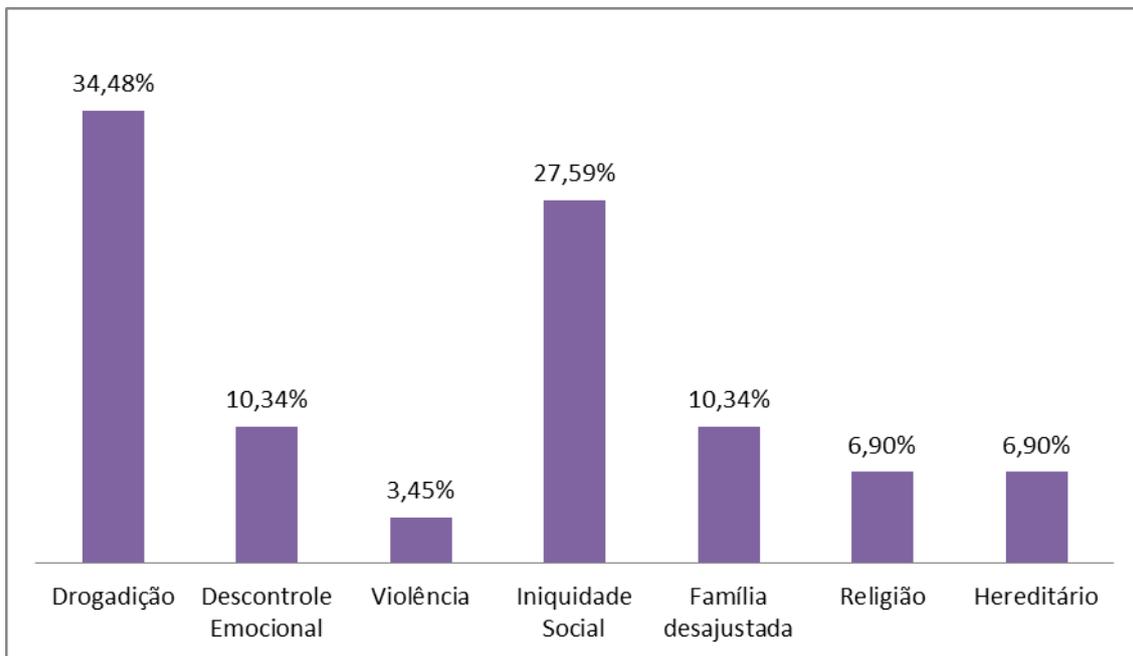
Aponta ainda que o profissional da saúde deve atuar sempre em conjunto com a população, tentando interagir com a família, estando presente para observar, acolher e cuidar promovendo a autonomia em cada indivíduo (27).

1.2 CAUSAS DO SOFRIMENTO MENTAL

Segundo a OMS há diversos fatores que determinam a prevalência, o início e a evolução do adoecimento mental. “Esses fatores são sociais e econômicos, fatores demográficos como sexo e idade, ameaças graves tais como conflitos e desastres, a presença de doença física grave e o ambiente familiar [...]” (26).

Para os ACS as causas que determinam a ocorrência de sofrimento mental são drogadição, descontrole emocional, violência, as condições socioeconômicas, o ambiente familiar, religião e orgânica, conforme o Gráfico 3.

Gráfico 3: Causas do Sofrimento Mental



A evolução do sofrimento mental é condicionada pelo grau maior ou menor de acessibilidade aos serviços de saúde, educação e assistência social (26; 53), tais recursos são escassos. Mas o relato abaixo expressa o reconhecimento dos ACS de

que os fatores socioeconômicos constituem uma das causas que levam ao sofrimento mental.

ACSS. *São as famílias com condições financeiras muito baixas. A pouca integração social. Desemprego, falta de qualificação, lazer. Eu acho que aqui deve ser o descaso. Acho que as condições delas, as condições socioeconômicas, tanto as condições de vida que ela vive, por não ter um padrão de vida que dê lazer pra ela, quanto àquela educação de que a mulher deve ser submissa, aí o marido pode beber, pode chegar, pode bater tudo isso faz com que ela, como no meu caso sempre todas as que eu tenho é mulheres, fazem com que ela fique com esses transtornos. Eu acho que é o sofrimento, principalmente a não aceitação do sofrimento, da condição de vida que você leva. Condições mais duras de vida realmente deve contribuir pra isso de forma absurda.*

Quanto às condições socioeconômicas, a OMS alerta para a maior prevalência de adoecimento mental entre os pobres do que entre os ricos. A OMS assim define “pobreza”:

Na definição mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, e talvez mais apropriados para discussões relacionadas com transtornos mentais e comportamentais, pode-se entender como pobreza um estado em que se dispõe de meios insuficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais ou educacionais (26).

Outras causas do sofrimento psíquico de acordo com os ACS estão a drogadição, o descontrole emocional, a violência e o ambiente familiar, como nos trechos abaixo:

ACS 1. *Acho que alcoolismo, o uso contínuo de drogas, que abala a família toda. [...] Tem muitas mães que tem os filhos adolescentes que acaba se envolvendo e aí a mãe entra em depressão e daí pode desenvolver outro quadro. E são coisas que assim sempre afetam principalmente mães, por que normalmente são os filhos que se envolvem com essas coisas, e as mães por estarem mais ligadas. E também têm caso de ex-usuários de drogas que acabam que não voltam para a sua consciência normal, fica com algum problema, falta alguma coisa. [...] Por que pelo o que já conheço tem pessoas que tem a tendência, mas até enquanto ela não usa nenhum desses entorpecentes, drogas e álcool, não desencadeia, no momento que usa já desencadeia.*

ACS 2. *Acho que é o descontrole emocional, o descontrole da convivência. Principalmente depressão e alguns fatos que ocorrem durante a vida, tem pessoas que supera a perda de um filho, a perda de um namorado, até mesmo traição do marido, tem outras que não, outras que não suportam esse tipo*

de coisa, a sua mente não tem a capacidade de suportar e reagir de modo que ela esteja superando esse trauma rapidamente. A perda de um ente muito querido.

ACS 3. *Violência leva a perturbação mental e desequilíbrio das pessoas.*

ACS 4. *Famílias desajustadas. E aqueles pacientes com problemas mesmo do cotidiano, está sofrendo por que o filho está aprontando na escola ou por que a mãe está fazendo as necessidades fisiológicas na roupa. Meu paciente foi adquirido mesmo com o tempo, ele teve um choque na família então ele veio depois, ele não nasceu com essa doença.*

Quanto à religião ser um determinante para o desenvolvimento do sofrimento mental, os ACS não detalharam porque achavam isso importante, apenas relataram que seria: “Religião e pelo cristianismo” ACS.

A hereditariedade é citada por dois ACS como um determinante de sofrimento mental, o ACS diz achar que “Muita coisa eu acho que é de nascença”.

Assim sendo, a dificuldade e/ou o desconhecimento por parte dos profissionais em lidar com portadores de sofrimento psíquico (mental leve ou severo e persistente) no processo de trabalho da saúde da família, faz com que haja repercussão direta no distanciamento de uma prática pautada nos princípios do SUS.

De acordo como identificam os sofrimentos e as causas que atribuem aos mesmos, os ACS direcionam as condutas nesta área, apesar de não disporem de instrumentos e de tecnologia, faz com que trabalhem com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade, o que será apresentado a seguir.

Tema 2. AÇÕES DE SAÚDE DOS ACS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, E OS ELEMENTOS QUE POTENCIALIZAM E DIFICULTAM ESSAS AÇÕES

2.1. AÇÕES DE SAÚDE DOS ACS

O eixo Ações de Saúde foi demarcado por categorias que propiciam reflexões que nos remetem ao compromisso como cidadãos profissionais, com a possibilidade de participarmos ativamente da construção de um modelo de atenção que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que estão sendo atendidos pelos ACS.

Do acompanhamento dos casos de transtornos mentais, todos os participantes da pesquisa relataram haver acompanhamento mútuo por parte do CAPS e ESF, ou seja, existência do apoio matricial nos casos em que a ESF necessita de subsídios para seu trabalho.

Os ACS entendem que alguns usuários com transtornos mentais necessitam de suporte mais especializado que aquele oferecido pela ESF e reconhecem que os usuários não devem somente ser encaminhados para o CAPS, e, sim, a ESF, juntamente com a equipe do CAPS, deve assistir o usuário. Isso representa o acompanhamento mútuo dos casos ou a corresponsabilização pelo tratamento do usuário, ou seja, o apoio matricial.

De acordo com Amarante (52), um dos princípios da saúde mental na saúde da família é exatamente o princípio da desmedicalização, no sentido de não se apropriar de todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas médico-sanitários. Na concepção de Lancetti (18), é no âmbito da saúde da família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização. Para tanto, as equipes de saúde da família devem ser bem treinadas na concepção mais geral da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, entendendo ambas como processos sociais complexos que visam tanto à melhoria da assistência médica, quanto à promoção da saúde e à construção de consciência sanitária nas comunidades.

Além de um bom treinamento, é importante que as equipes recebam 'apoio matricial' para conduzir os casos de saúde mental de forma mais adequada. Para Campos (54), o apoio matricial tem como objetivo propiciar retaguarda às equipes que atendem às famílias. Os profissionais da saúde mental devem oferecer apoio matricial às equipes de saúde da família, contribuindo para que estas consigam o máximo de sucesso em suas intervenções, sem a necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos de recursos.

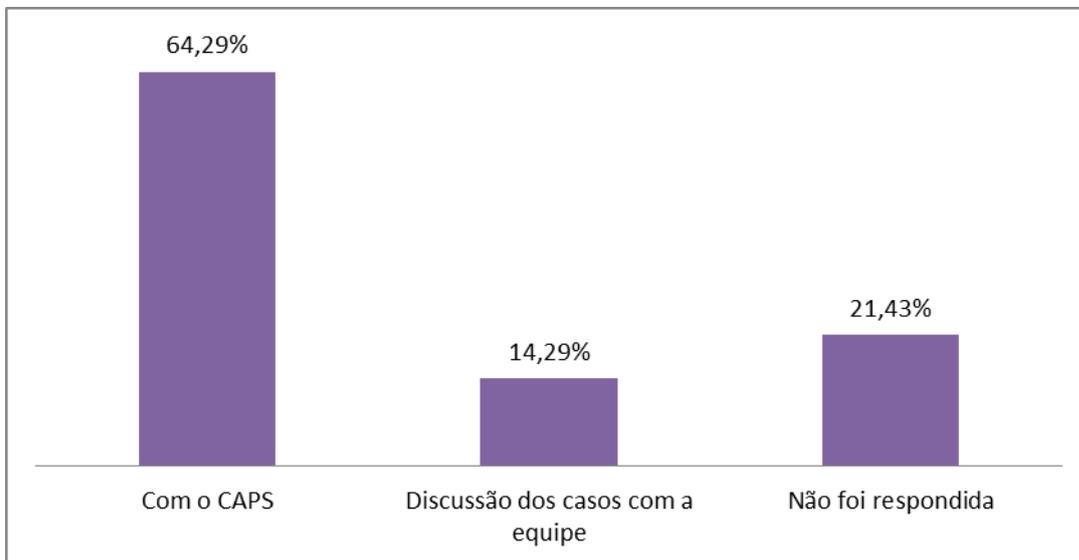
As equipes de saúde mental devem oferecer apoio matricial às ESF para que essas consigam o máximo de sucesso em suas intervenções, contribuindo para que não exista a necessidade de encaminhar as pessoas para níveis mais complexos de atenção. Dessa maneira, diminuem-se tanto os custos monetários de uma internação ou especialidade médica quanto à estigmatização e o preconceito voltado às pessoas com transtornos mentais.

O apoio matricial, portanto, constitui ferramenta determinante para o atendimento do usuário com transtornos mentais, afinal, a atenção básica nem sempre apresenta tecnologia suficiente para resolução de determinadas situações,

mas possui o vínculo e a proximidade com o usuário que torna as intervenções mais efetivas do ponto de vista terapêutico.

O tratamento das pessoas com sofrimento mental, na ótica dos ACS, inclui o uso de psicofármacos, a realização de atividades em grupos, manter-se em atividades que as deixam mais livres, pois e as ações desenvolvidas em conjunto com outros serviços, como o CAPS, podendo ser observado no Gráfico 4 e nos discursos dos ACS logo abaixo:

Gráfico 4 – Ações em Saúde Mental



ACS 1. Nós tentamos fazer o melhor, então, a pessoa dependendo do grau que ela esteja, nós mandamos através de encaminhamentos, mostramos a importância do tratamento e também damos opções de você fazer mais coisas que deixam a pessoa mais livre, por exemplo, artesanato, aprender a ler e a escrever, até mesmo ter uma ocupação, um curso

profissionalizante, um curso de informática pra ela se ocupar e se integrar na sociedade, não ficar apenas com o tratamento do CAPS.

A atividade em grupo é considerada um recurso terapêutico na visão dos ACS, pois exige a atenção da pessoa com sofrimento mental, desviando-a de preocupações com seus problemas e delírios.

Se, como foi dito anteriormente no discurso dos ACS, o padrão para integrar-se na sociedade está relacionado a manter-se em atividade e socializar-se, a realização dos grupos pode ser compreendida como um meio de prevenção e de tratamento do sofrimento mental.

O uso de psicofármacos é um importante recurso para “reduzir ou controlar os sintomas ou evitar recidivas” (26) e melhorar a interação do usuário com a comunidade desde que ele seja feito de forma adequada, isto é, com indicações e dosagens para cada situação. Os cuidados na administração de psicofármacos devem ser tomados para que a medicação não se torne a única resposta para as situações de sofrimento mental (51).

ACS 2. *É uma doença que tem que ser controlada com medicação.*

Como articulador, os ACS apresentam as situações de sofrimento mental para discussão em equipe e participa da elaboração das estratégias de ação. Portanto, podemos ver as ações que os ACS realizam nos discursos abaixo:

ACS 1. *Nós não fazemos ação pra saúde mental, a gente depara com uma situação leva pra equipe, marca consulta, manda pro CAPS [...]. Na reunião de equipe a gente passa os nossos casos, aí a enfermeira e o médico decidem se é ou não um caso a ser levado a frente. E daí resolvem. CAPS é o maior apoio que a gente têm, nós estamos sempre nos articulando, conversando, para tentar resolver algumas demandas. A gente trabalha junto ao CAPS. todos os eventos que a gente trabalha mais com saúde mental estão relacionados com o CAPS, ele sempre convoca a gente pra alguma palestra, algum evento, algum curso, treinamento. A gente anda de mãos dadas [...].*

ACS 2. *Quando a gente encontra um caso, a gente traz pra equipe, conversa, discute e aí a equipe decide o que vai fazer. No caso a gente tem a Dani, a enfermeira, que está com os alunos agora e aí ela vai com os alunos e conversa com a pessoa e passa a visitar, passa a acompanhar. Depois que deslumbramos a situação, nós vamos até o enfermeiro colocamos a situação e a partir daí a equipe fica ciente do que está ocorrendo na microárea e ele nos dá um encaminhamento*

pra poder o próprio usuário do SUS ir ao CAPS, ele mesmo e fazer uma análise.

ACS 3. [...] *A gente identifica os casos e encaminha. Aquilo que a gente tem resposta aqui dentro do Paranoá do CAPS tem dado certo, tem funcionado, os pacientes que a gente tem encaminhado estão fazendo acompanhamento pelo CAPS e que a gente acompanha também na microárea, tem funcionado.*

O papel dos ACS como elo entre o serviço de saúde e comunidade citado em documentos do PSF é reconhecido pelos próprios ACS ao verificarem que seus encaminhamentos resultaram em atenção à pessoa com sofrimento mental.

Portanto, os ACS, como articuladores, realizam agenciamentos com outra instituição, como o CAPS. Pois fazem um trabalho em conjunto, sempre se articulando para a melhor forma de tratar a pessoa que está em sofrimento mental. E para assegurar os cuidados necessários as suas necessidades de saúde mental. Naquilo que afirma Sousa (55), os ACS são sensíveis aos sofrimentos dos indivíduos, famílias e comunidades por eles cuidados, não só por pertencer a essa rede, sobretudo, pela solidariedade e desejo de ver seus vizinhos saudáveis.

Os resultados das falas dos ACS nessa categoria mostram de maneira discreta como ocorre a integração das ações de saúde mental na atenção básica, e se conhece, através destes profissionais, o que pensam e fazem a respeito. Dessa forma, fica evidenciada a interface que esse tipo de atividade exige, mas ressalta-se que não há limite claro que demarque mudanças imediatas. Todavia, existem diferentes ações que se ampliam a cada dia.

Nesse sentido como profissionais da saúde, devem-se somar esforços, potencializando os conhecimentos, com propostas inovadoras de integração entre os diversos setores institucionais e intersetoriais, buscando novos desafios com objetivos claros, mas que não se perca de vista uma minuciosa ação humanizada de atenção.

Assim, as equipes de saúde da família devem utilizar variadas estratégias com o objetivo de resolver os problemas de saúde pública, investindo cada vez mais na formação de vínculos com a comunidade. Devem acolher e se responsabilizar da melhor forma possível, dentro de cada realidade, pelas diversas formas de sofrimentos que acometem a população de modo geral. Com isso, verifica-se a

necessidade de integração das ações da Saúde Mental e da Atenção Básica, visto que toda e qualquer doença possui seu sofrimento subjetivo, então todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sempre produção da saúde (29).

2.2. ELEMENTOS QUE POTENCIALIZAM E DIFICULTAM AS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

De acordo com o SUS, a ESF é composta por profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns, não se limitando à triagem e ao encaminhamento aos serviços especializados. O sofrimento psíquico faz parte do contexto de vida, assim, torna-se possível reafirmar que a Saúde da Família é capaz de acompanhar a saúde dessas pessoas atendendo aos diversificados aspectos que envolvem a vida (56).

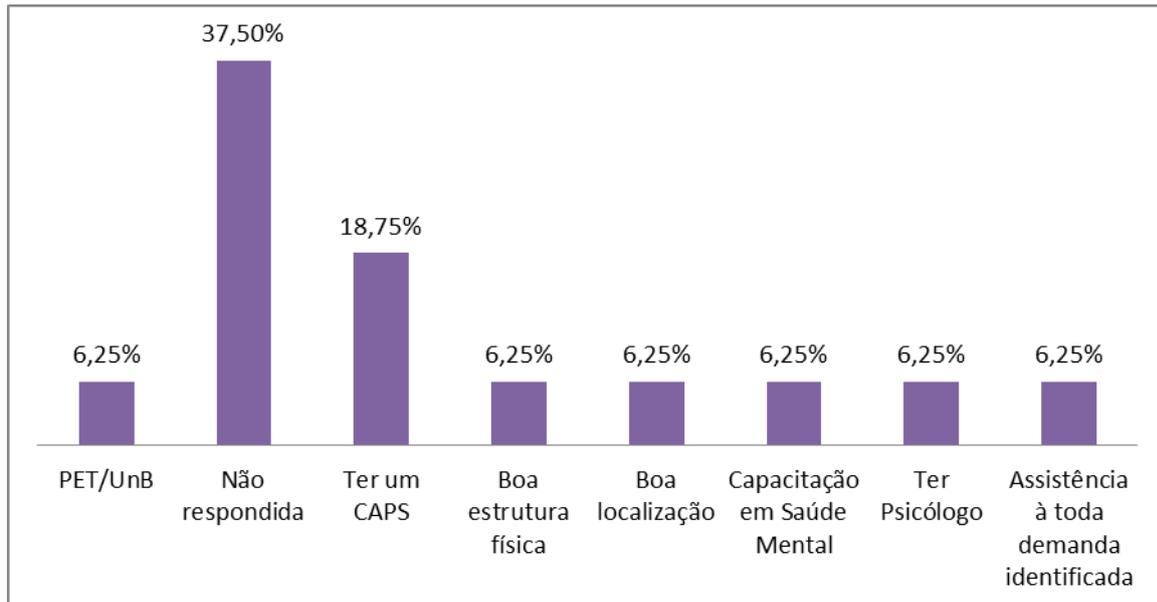
No entanto, essa prática não é comum no dia-a-dia dos profissionais de saúde da família. Deste modo, essa categoria temática torna visível as dificuldades apresentadas pelos ACS entrevistados em identificar e operacionalizar ações que atendam a saúde dos portadores de sofrimento psíquico como parte inclusiva do processo de trabalho da Saúde da Família.

As ACS ao identificarem as situações de sofrimento mental de sua área, se apropriam destas situações e apresentam as características e histórias das pessoas em sofrimento mental e suas famílias, demonstrando que as reconhecem como problemas de saúde. Essa identificação está vinculada às causas e/ou condições que determinam a ocorrência do sofrimento mental, na ótica dos ACS. Assim, considera-se que a concepção de situações de sofrimento mental desses ACS constituiu um facilitador da atenção em Saúde Mental, pois incluíram no rol de suas atividades a atenção às pessoas nessas condições.

Os ACS apontam como elementos que potencializam algumas necessidades, que se satisfeitas, podem aprimorar sua atuação: a necessidade de contar com a assistência do CAPS para problematizar as angústias que enfrentam na realização

de suas atividades; a necessidade de aumentar a frequência das capacitações desenvolvidas pela equipe em saúde mental; aumentar o número de profissionais que a integram; e o PET da UnB, que são alunos que fazem acompanhamento nas casas dos pacientes. Como se pode verificar no Gráfico 5:

Gráfico 5 – Potencialidades do trabalho na área de saúde mental



Assim, eu acho que seria um pouco o significado do que ele tem.

ACS 2. O elogiável CAPS do Paranoá que nos auxilia, e fazem um trabalho muito bom. As facilidades que eu vejo é porque já está tendo uma certa interação mais do CAPS, dos níveis desse tratamento com a equipe.

ACS 3. A potencialidade é o curso que tivemos de 40 horas, foi teórico e eles estão querendo fazer 40 horas prática, então vai ficar o curso de 80 horas.

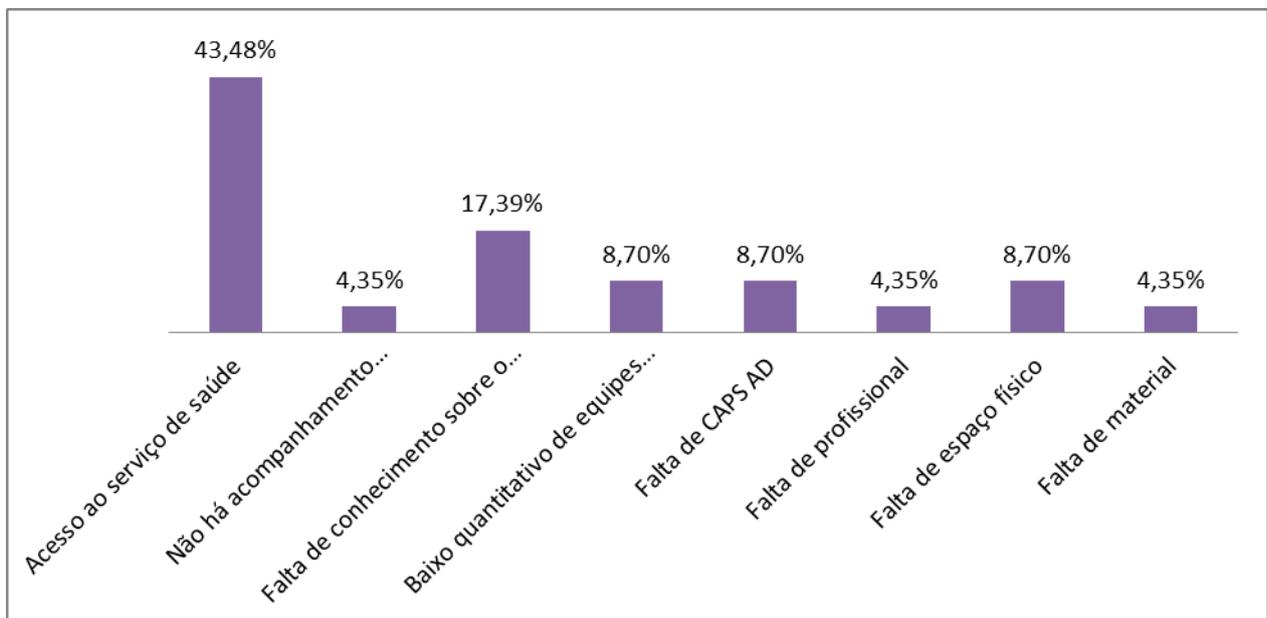
ACS 4. Apesar da pouca disponibilidade de profissionais, do espaço que não foi bem planejado, foi feito em um prédio que seria uma creche do Hospital, então apesar disso tudo, todos que nós mandamos pra lá conseguem atendimento. E nossos profissionais acolhem os nossos pacientes, então até hoje nenhum problema que não tivesse atendimento. É uma potencialidade.

A partir dos dados analisados nesta categoria parece ser um desafio incorporar equipes de apoio matriciais na Estratégia Saúde da Família. A falta desse mecanismo e de ações de capacitação efetiva interfere na qualidade da assistência prestada. Porém, isso não impede que sejam desenvolvidas ações em saúde mental na atenção básica, ao considerarmos a lógica do modelo de atenção adotado pela ESF. Assim, independente do percurso que o usuário percorra, ele deve ser

acompanhado pela equipe da atenção básica quanto a seus vínculos, sua cultura, sua inserção no território, entre outros componentes que forem pertinentes à situação.

Os ACS relataram dificuldades importantes na atenção às pessoas com sofrimento psíquico que certamente não abarcam todos os problemas vivenciados nesta atenção, mas dão indícios de rumos e recomendações. Quanto a essas dificuldades na atenção em saúde mental foram citadas várias questões pelos ACS que mostram no Gráfico 6 e nos relatos a seguir:

Gráfico 6 – Dificuldades no trabalho em saúde mental



ACS 1. *Eu vejo mais dificuldade é o acesso mesmo, a falta de atendimento para o público, e essa demanda é muito grande para o que tem disponível no serviço [...].*

ACS 2. *A dificuldade é quando o paciente procura medicação e não encontra, pois tinha uma farmácia no CAPS e agora não tem mais [...].*

Outros aspectos que podem ser considerados como dificuldades na atenção à saúde mental dizem respeito à compreensão dos ACS de que há situações em que somente os técnicos em saúde mental podem promover ações de saúde mental, e sentem incapacitados para realizar tal ação, ficando assim angustiados com essa dificuldade. Fazem menção às situações em que temem não estar agindo corretamente, pois reconhecem um modo leigo de agir; A falta de profissional, como um psiquiatra e um psicólogo, também é uma dificuldade que encontram no dia-a-dia do seu trabalho, pois não encontram outra solução para realizarem ações em saúde mental, mesmo com seu senso comum; E não ter um CAPS voltado apenas para os usuários de álcool e drogas, pois deixa o serviço mais lento e com a demanda excessiva, não permitindo com que os ACS realizem de maneira eficaz o atendimento aos usuários, deixando precário o serviço. A desconstrução de noções como esta, da especialidade na atenção e a solicitação dos ACS indicam, como foi suposto, que as capacitações tem sido insuficientes para abranger os diferentes aspectos relacionados à atenção dos ACS na assistência às pessoas com sofrimento mental. Como nos relatos abaixo:

ACS 3. *Eu acho que nas equipes deveria ter um psiquiatra, e tudo tem que ser encaminhado para o CAPS, e que às vezes não tem vaga [...].*

ACS 4. *A falta de conhecimento é uma dificuldade, e por isso precisamos de uma certa "formação" [...].*

ACS 5. *Pouca disponibilidade de profissionais, precisamos de equipes, CAPS nas cidades e nos centros de saúde.*

ACS 6. *Precisa de um CAPS voltado somente para os usuários de álcool e drogas, um CAPS AD, pois está havendo muitos usuários de drogas.*

ACS 7. *Falta de espaço físico e de material.*

Todos os aspectos que foram explicitados acima sobre as dificuldades estão relacionados ao que os ACS se deparam nas suas rotinas de visitas domiciliares e até mesmo dentro no centro de saúde do Paranoá.

A respeito às dificuldades enfrentadas pelos ACS na atenção aos portadores de sofrimento mental, esta está ancorada nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira de inclusão e atenção na comunidade. Os ACS são protagonistas desta atenção e a inclusão de equipes de referência em Saúde Mental, proposta pelo

Ministério da Saúde, auxiliará numa atenção que promova a cidadania plena dos portadores de sofrimento mental.

Somos todos responsáveis diante das dificuldades relatadas nesta pesquisa, estamos em construção de uma nova forma de pensar/saber e fazer saúde mental. Urge a necessidade de mudança de atitude dos trabalhadores e gestores em reconhecer e incorporar as manifestações de sofrimento psíquico como objetos de seu trabalho na atenção primária, além de romper com as barreiras da atenção formal e isolada da saúde, buscar parcerias intersetoriais e sociais.

Hoje, mais do que oferecer atenção básica, a ESF vem se deparando com a necessidade de oferecer uma atenção mais abrangente. Sendo assim, este campo torna-se fértil para a concretização desta nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática dessa assistência (57). Esta Estratégia não significa apenas o atendimento de programas pré-estabelecidos (hipertensão, diabetes, pré-natal, dentre outros), mas um atendimento universal, abrangente e integral, para a comunidade visando a realidade social e suas necessidades de saúde dentro da família.

Uma possibilidade de superar a desarticulação da rede de atenção à saúde mental, e reduzir a distância histórica da inexistência da atenção primária na área, seria a constituição do que já está prescrito pelo Ministério da Saúde (25): uma rede de saúde mental extra-hospitalar forte, consistente, co-responsável na construção de ações de saúde em conjunto; um trabalho enraizado na comunidade com a finalidade de promover a mudança da concepção de que “lugar de louco é no hospício”; ampliar o potencial das práticas acolhedoras “do momento da crise/surto” nos serviços extra-hospitalares; fazer valer a equipe matricial para as equipes de saúde da família – ACS. Estreitar relação com o CAPS e a equipe de saúde da família, promovendo-a de capacitações, apoio e supervisão. Investimentos na formação dos profissionais de saúde tanto nas capacitações e acadêmica quanto na educação permanente.

O PSF e o SUS estão empenhados em dar continuidade às leis e aos projetos referentes ao auxílio na área de saúde da família; é necessário para que haja continuidade e progresso em todos os projetos relacionados à saúde mental e a

atenção básica, busca-se estar sempre qualificando o atendimento através de capacitações, restaurando suporte matricial e de incorporações dos casos de transtorno psíquico graves à assistência no território.

Os casos de pessoas com transtorno mental encontram-se cada vez mais presente na sociedade, e o que se busca hoje é que acabe ou pelo menos diminua o preconceito com relação a essas pessoas. Os ACS são extremamente importantes nesse processo de readaptação dos pacientes no convívio social; a consolidação da saúde mental no âmbito da atenção básica é o que se busca para se ter um progresso eficaz.

Finalizando a descrição dos resultados, consideramos que cada eixo aqui discutido, com suas respectivas categorias, traz dentro de si diferentes desafios para a integração das ações de saúde mental na atenção básica, ou seja, cada fala sugere algum propósito na busca de alternativas que visam contribuir com a saúde das pessoas atendidas pelos ACS que desenvolvem suas atividades nos serviços básicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo respondeu as questões iniciais e trouxe subsídios para novas reflexões sobre o tema bem como para ações que facilitem a efetividade na atenção em saúde mental no PSF.

Os ACS entrevistados reconhecem, não com tanta profundidade, as situações de sofrimento mental, compreendem, por exemplo, que uma pessoa que diz “ouvir vozes”, ou “pensa em dar fim à própria vida”, ou “que só chora” necessita de atenção em saúde mental, independente de denominar isto como um profissional de saúde mental. Entendem, ainda, que há vários fatores desencadeantes para o sofrimento mental, destacando os socioeconômicos.

Grande parte dos ACS reconhecem diferentes tipos de tratamentos, entre os quais destacam o uso de medicação e participação destas pessoas em atividades que lhe dão prazer. Apontam variadas estratégias de atenção à saúde mental na ESF, mas não as planeja de modo direto e/ou intencional, no entanto, existem aqueles que assumem o papel de escutar, acolher, visitar, articular e, por vezes, afirmam se responsabilizar pelo cuidado de pessoas com sofrimento dentro do território. Muitas das ações realizadas são em parceria com o CAPS, pois às vezes na UBS não tem estrutura física e nem profissional para dar um suporte adequado àquela alta demanda que chega para ser suprida.

As limitações dos ACS mostraram que se as dificuldades existentes na relação com portadores de sofrimento psíquico fossem diminuídas e a aproximação / pactuação com várias parcerias fosse ampliada, ou melhor, articuladas, só restariam problemas de responsabilidade individual dos pacientes, sendo que a maior parte dos problemas identificados como dos pacientes é resultado das limitações das estratégias da Saúde da Família, inserida na rede de atenção à saúde no município. Relatam receios aos portadores de sofrimento mental, insuficiência de apoio técnico e solicitam mais capacitação.

Os ACS e toda a equipe da ESF devem manter um foco claro sobre o fato de que o propósito primário dos serviços de saúde mental é melhorar resultados para

as pessoas com sofrimento psíquico. Hoje, mais do que oferecer atenção básica, a ESF vem se deparando com a necessidade de oferecer uma atenção mais abrangente. Sendo assim, este campo torna-se fértil para a concretização desta nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática dessa assistência. Esta estratégia não significa apenas o atendimento de programas pré-estabelecidos como a hipertensão, diabetes, pré-natal, e dentre outros, mas um atendimento universal, abrangente e integral, para a comunidade visando à realidade social e suas necessidades de saúde dentro da família.

Desta maneira, a Saúde da Família é uma estratégia que torna viável a efetivação de ações que envolvam acolhimento, cuidado e trocas sociais. Não somente a articulação com a rede dos serviços específicos de saúde mental e a parceria com outras instituições, associações, e variados espaços da sociedade são importantes para efetivar cuidados aos portadores de sofrimento, mas também a assunção de responsabilidade no lócus do processo de trabalho dos profissionais da saúde da família passa ser peça fundamental para a constituição de respostas concretas que atendam, de modo integral, todas as pessoas em sofrimento psíquico.

Por fim, podemos dizer o que foi discutido até o momento reforça a importância de um trabalho de análise e de integração dos cuidados em saúde mental ao nível primário de assistência à saúde, com especial destaque às unidades de saúde da família. Assim, é necessário produzir, junto à equipe de PSF, modos mais eficazes de efetuar a atenção integral, valorizando o sujeito e seu sistema de relações sociais.

Os resultados obtidos foram, assim, apenas o ponto de partida para novas investigações e ações que se fazem necessárias na prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosa WAG. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família – PSF [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
2. Pereira MAO, Pereira Junior A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4): 92-100.
3. Souza CR. Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
4. Pereira MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface Comunic Saúde Educ. 2003; 7(12):71-82.
5. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
6. Delgado PGG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F, Pôrto K, Hoffmann MCCL, Martins R, Grigolo T. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: de Mello MF, de Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.
7. Lancetti A. saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF. Saúde loucura: saúde mental e saúde família. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 11-52.
8. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(3):450-2.

9. Andrade L, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006; 33(2): 43-54.
10. Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: de Mello MF, de Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119-141.
11. Pereira MAO. A Reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
12. Lunardelo S.R. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
13. Martines VRV. Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
14. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal PDR/DF. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2007.
15. Hildebrand, S.M. O modelo político-tecnológico de atenção à Saúde da Família no Distrito Federal: 1997 a 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2008.
16. Gottems, L.B.D.; Evangelista, M.S.N.; Pires, M.R.G.M.; Silva, A.F.M.; Silva, P.A. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, Jun. 2009.
17. _____ Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

18. Lancetti, Antonio. Saúde mental nas entranhas da metrópole. *Saúde e Loucura* 7. São Paulo: Hucitec. p.11-52, 2001.
19. Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integridade da atenção à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2004.
20. Amarante, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. 117 p.
21. Feitosa, L.; Rosa, L.C. Processo de reestruturação da reforma da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. *Sociedade em debate*, Pelotas, EDUCAT, nº 38, p 135-152, 2008.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde apresenta a composição e organização da ESF. [homepage na internet]. Brasília, 2006. Disponível em: www.saude.gov.br
23. Basaglia, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. *Conferências no Brasil*. São Paulo, Monsanto, 1982.
24. Heidrich, A. V. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de Doutorado – Porto Alegre: PUCRS, 2007.
25. Brasil. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 09 de abril 2001. Seção 1.
26. Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. *Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001.

27. Silveira, M.F.A; Felix, L.G.F; Araújo, D.V.A; Silva, I.C.S. Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um Caminho para Humanização da Atenção à Saúde. *Cogitare*, 2004 Jan-Jun; 9(1): 71-8.
28. Brêda, M.Z.B, Augusto, L.G.S.A. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. 2001 [acesso 2011 set 20]; 2(6):471-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7017.pdf>.
29. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: MS, 2005.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: MS, 2007.
31. Minayo, M.C.S. e Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*. vol.9, n.3, p. 237-248. 1993.
32. Minayo, M.C.S et al. Pesquisa social: teorias, método e criatividade. 13 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
33. Ludke, M.; André, M.E.D. A pesquisa em educação: abordagem qualitativa. São Paulo:EPU, 1986.
34. Gil, A. C. Como elaborar projeto de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.
35. Trivinõs, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
36. Gaskell, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, M.W.; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

37. Lefevre, F.; Lefevre, A.M. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.
38. Lefevre, F.; Lefevre, A.M. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília, Líber Livro Editora, 224p. 2010.
39. Belei, R. A. *et al* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. Cadernos de Educação. Vol.30: 187 - 199, 2008.
40. Quaresma, V.B.S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. vol. 2 (1): 68-80, 2005.
41. Pasquali, L. *et al*. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre, RS: Artmed, 560. 2010.
42. Duarte, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa. Vol. 115:139-154, 2002.
43. Duarte, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Editora UFPR, Série Educar n. 24. p. 213-225. 2004.
44. Schraiber, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública. Vol. 29(1):63-74, 1995.
45. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.
46. Alvez-Mazzoti, A.J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. Revista Múltiplas Leituras. Vol.1(1):18-43, 2008.
47. Jodelet, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. Jodelet, D. (org.) *In*: As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ. p. 17-44, 2001.
48. _____. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8.080/90 de 19.09.1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. Brasília, 1990.

49. Nunes, E.D. Saúde coletiva: história e paradigmas. Revista Interface: comunicação, saúde e educação, n.3, p. 107-116, 1998.

50. Schneider, F.J, Tonini, N.S, Maraschin, M.S, Durman, S; Dias, T.A, e Tomazzoni, M.I. Indicadores do sofrimento psíquico na zona urbana do município de cascavel – PR. Rev Acta Scientiarum. 2003 Jan-Jun; 1(25):27-33.

52. Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. 2º ed. Trad. de Willians Valentini. São Paulo: Hucitec; 1997.

53. Amarante, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

54. Ayres, JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

55. Campos, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 4: 393-404, 1999.

56. Sousa, M.F. Agentes Comunitarios de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec; 2001.

57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: MS; 2005.

58. Cabral, B. Estação Comunidade. In: Janete, A. & Lancetti, A. (org). Saúde mental e saúde da família. 2º ed. São Paulo: Hucitec; 2001, p. 137-154.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Qual o significado de loucura para você?
- 2) O que você entende por práticas assistenciais em saúde mental?
- 3) No seu trabalho diário você se depara com demandas relacionadas ao adoecimento psíquico/loucura?
- 4) Descreva os problemas de saúde mental que você encontra na sua área.
- 5) Já identificou alguma situação de sofrimento mental na sua área de abrangência? Como foi?
- 6) Você acha o trabalho na área de saúde mental importante para a população que você atende? Por quê?
- 7) Quais os fatores associados que levam ao desenvolvimento ao adoecimento psíquico no seu território?
- 8) Como você se articula com a sua equipe (e com outras equipes) para realizar as ações em saúde mental?
- 9) Como você vê o trabalho da equipe em saúde mental na sua UBSF?
- 10)Dentre as questões já citadas, quais são as dificuldades e as potencialidades que você encontra no seu trabalho na área de saúde mental? O que o município poderia oferecer para essa melhora?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: “Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas Práticas Assistenciais em Saúde Mental na Unidade de Saúde da Família do Paranoá no Distrito Federal”.

O objetivo desta pesquisa é: Analisar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas assistenciais em saúde mental, vinculados à Regional de Saúde do Paranoá no DF, com a finalidade de identificar ações, demandas, percepções, e potencialidades e fragilidades na área de saúde mental.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de uma entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder no setor de saúde mental na data combinada com um tempo estimado para sua realização de 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informo que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, telefone para o pesquisador responsável, no telefone: 3340-6863, no Núcleo de Estudos de Saúde Pública, no horário: 9 às 12 e 14 às 17 hs.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 355 /2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 405/11- Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais em saúde mental na Unidade de saúde da família do Paranoá no DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 29/08/2013.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 29 de agosto de 2011.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

