

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**

**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA VISÃO DO AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRAIA  
GRANDE- SP.**

**LUCÉLIA SANTOS SOUSA**

**SANTOS  
2012**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**

**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA VISÃO DO AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRAIA  
GRANDE- SP.**

**LUCÉLIA SANTOS SOUSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Martin

**SANTOS  
2012**

Dados Internacionais de Catalogação  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
SIBIU

---

S725p SOUSA, Lucélia Santos.  
Os problemas de saúde mental na visão do agente comunitário de saúde do município de Praia Grande - SP / Lucélia Santos Sousa; Denise Martin (orientador) - Santos: [s.n.], 2012.  
114 f. ; 30 cm. (Dissertação de Mestrado) -  
Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva)

1. Saúde Mental. Programa Saúde da Família. Pesquisa qualitativa. Agente comunitário de saúde. I. Martin, Denise II. Universidade Católica de Santos.
- II. Título

CDU 614(043.3)

---

**OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA VISÃO DO AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRAIA  
GRANDE- SP.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Martin

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> – Denise Martin- orientadora

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Aylene Bousquat– Universidade Católica de Santos

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eunice Nakamura – Universidade Federal de São Paulo

Data de aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SANTOS  
2012**

Dedico este trabalho aos meus pais,

Edimilson e Lucilene.

## **AGRADECIMENTOS**

Muitas são as pessoas que tenho a agradecer por esta conquista. Diga-se de passagem “Difícil” de ser alcançada.

Primeiramente agradeço a Deus, este me amou antes mesmo de minha existência e me sustentou até aqui. A Ele a honra, a glória e todo o louvor.

À minha orientadora, Denise Martin que me acompanhou e auxiliou de todas as formas para a conclusão deste trabalho. Pesquisadora que admiro pelo seu esforço e inteligência e que contribuiu para meu amadurecimento intelectual e científico.

A três pessoas muito importantes para mim, meu pai, minha mãe e meu irmão. Pessoas que me dão muita alegria e que me fazem persistir para o alcance dos meus objetivos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de mestrado.

Aos agentes comunitários de saúde e todas as equipes do Programa Saúde da Família do Tude Bastos, por disponibilizarem seu tempo e por compartilharem seus pensamentos e percepções contribuindo para elaboração deste estudo.

As pessoas que sustentaram-me em orações ou apoio, em especial, a Ângelo Quércio companheiro sempre presente e compreensivo. À Fabiana Cuconato, forte ombro amigo. Silas, esposo de Fabiana, que foi compreensivo permitindo minha amiga está ao meu lado quando precisei. À Joice Botechia, uma pessoa que muito me ensinou sobre bondade. Aos

colegas de sala de aula pela amizade e companheirismo durante o curso. Aos professores e funcionários do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, os quais me ajudaram e me ensinaram a construir conhecimentos.

Aos demais, amigos, familiares e a todas as pessoas que torceram por minha vitória e de forma direta ou indireta contribuíram para esta conquista.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

Instituição e fonte financiadora: CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior).



## EPÍGRAFE

“Bendirei o Senhor o tempo todo!  
Os meus lábios sempre o louvarão.”  
(Salmos 34:01)

## RESUMO

Milhares de pessoas no mundo inteiro são acometidas por problemas de saúde mental, as quais não recebem assistência em saúde de forma esperada. Neste sentido, estudos apontam pontos relevantes sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, entre eles, alguns ressaltam o Programa Saúde da Família, mais especificamente o trabalho do agente comunitário de saúde como estratégia importante e significativa para a assistência ao paciente com transtorno mental e sua família. No entanto, o despreparo desses trabalhadores em lidar com assuntos relacionados à saúde mental é fato constatado. Partindo dessa abordagem, o seguinte trabalho surge do interesse em contribuir para uma reflexão sobre o suporte necessário para que os agentes comunitários possam cooperar na assistência a pessoas com problema de saúde mental na comunidade. Com o presente estudo, objetiva-se compreender a visão dos agentes comunitários sobre os problemas de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa composta por métodos e técnicas de pesquisa tradicional da Antropologia: a observação etnográfica densa e entrevistas em profundidade com 15 agentes de uma unidade básica de saúde do município de Praia Grande, São Paulo. A pesquisa em campo foi realizada no período de março a junho de 2011. As narrativas de cada agente entrevistado permitiram, sobretudo, identificar suas representações acerca do componente problema de saúde mental. Como aspecto comum dos relatos, foi observada a relação de confiança presente entre a pessoa portadora de algum problema mental e o agente comunitário. A forma como identificam transtornos mentais são através do cadastro da família, conversa realizada em domicílio ou na unidade de saúde, observação e através dos relatos de parentes e vizinhos. A percepção sobre os problemas de saúde mental está relacionada ao vínculo estabelecido com a própria família, com os casos existentes em sua área de atuação e com cursos realizados. A noção de problema de saúde mental teve significados diversos, sendo que houve a preocupação em não confundi-las com a pessoa louca. As causas indicadas fizeram menção a um evento passado ou atual da vida: o stress, a condição financeira e de vida, o uso abusivo do álcool, o consumo de drogas, problemas familiares e genéticos. Foi possível concluir que os agentes comunitários necessitam de informação e treinamento específico sobre saúde mental para enfrentar situações presentes no seu cotidiano de trabalho. Além disso, a relação que se estabelece entre esses sujeitos e os pacientes e suas famílias dá subsídio para a construção de intervenções acerca da saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Programa Saúde da Família; Pesquisa qualitativa; Agente comunitário de Saúde.

## ABSTRACT

Million people around the world are affected by mental health problems and they aren't assisted as expected. Studies show relevant points about mental health care in the primary assistance. Some of these studies talk about the Family Health Program, but in special the job of the community health worker as an important and meaningful strategy in the assistance to the mental disordered patients and its family. However, the lack of preparation of these professionals in dealing with situations related to mental health is remarkable. Starting from this approach the following task comes from an interest in contributing to a reflection about the necessary support that the community workers need to cooperate in the assistance to the community patients with mental health problems. The study aims to understand the vision of the community workers about mental health problems. This is about the qualitative research methods composed by traditional research techniques of anthropology: dense ethnographic observation and depth interviews with 15 agents from a primary care unity of Praia Grande city in São Paulo. The field research was done from March to June 2011. The narratives of each agent interviewed make possible to identify the representation about mental health problems. A common aspect of the reports was noted, the trust relationship between the person with some mental problem and the community worker. Mental disorders are identified through the records of the family conversations held at home or in the clinic and through the relatives and neighbor's report. The concern about mental health problems is related to the bond established with her own family, with real cases in this activity area and with some courses made. The notion of mental health problem had many meanings, and there was a concern to not confuse them with crazy people. The reasons given mentioned an past or present event: stress, financial and life condition, alcohol abuse, drug abuse, family and genetic problems. Was concluded that community workers need information and specific training about mental health to face this situations in their daily work. Furthermore the relationship established between these people and the patients and their families to give subsidy to build interventions about mental health.

**Keywords:** Mental Health, Family Health Program, Qualitative Research, Community Health Worker.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do município de Praia Grande.

Figura 2: Bairro Tude Bastos (Sítio do Campo).

Figura 3: Rua que reside a família do Sr. Tude Bastos e que dá acesso ao Caminho Velho.

Figura 4: Entrada do Caminho Velho com placa indicando propriedade particular.

Figura 5: Entrada do Caminho Velho.

Figura 6: Residência 1

Figura 7: Residência 2

Figura 8: Residências tipo 1

Figura 9: Residência tipo 2

Figura 10: Residência tipo 3

Figura 11: USAFA Tude Bastos

Figura 12: Mapeamento do bairro conforme a atuação de cada equipe.

Figura 13: Residência da moradora L.

Figura 14: Local de moradia de família residente no Caminho Velho.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: As equipes do PSF no período da pesquisa.

Quadro 2: Número de famílias e quadras atendidas por agente comunitário e equipe.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RDC- Resolução da Diretoria Colegiada  
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial  
CEASA/ SP- Centro de Abastecimento S/A de São Paulo  
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
EAS- Estabelecimentos Assistenciais de Saúde  
NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial  
NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
RDC- Resolução da Diretoria Colegiada  
SEAD- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados  
SES- Secretaria Estadual de Saúde  
SMS- Secretaria Municipal de Saúde  
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS- Unidade Básica de Saúde  
UNISANTOS- Universidade Católica de Santos  
USAFA- Unidade Saúde da Família  
PSF- Programa Saúde da Família  
DEF- Deficiência  
ACS- Agente Comunitário de Saúde  
SIAB- Sistema de Informação de atenção Básica  
ALC- Alcoolismo  
DME- Distúrbio Mental  
EPI- Epilepsia  
PMA- Produção e Marcadores para Acompanhamento  
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

AIDS- Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida

TB- Tuberculose

HS- Hanseníase

CEMAS- Centro de Especialidades Médicas, Ambulatoriais e Sociais

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PT- Partido dos Trabalhadores

SUS- Sistema Único de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>18</b>
1.1 Abordagem da gravidade dos problemas de saúde mental.....	19
1.2 O modelo de atenção á saúde mental no âmbito do SUS.....	23
1.3 A saúde mental no contexto da atenção primária.....	27
1.3.1 O programa Saúde da Família.....	27
1.3.2 O agente comunitário de saúde.....	35
1.4 Saúde mental e cultura.....	40
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>45</b>
2. Objetivo geral.....	45
2.1 Objetivo específico.....	45
3. Metodologia.....	46
3.1 O local do estudo.....	46
3.2 Participantes do estudo.....	48
3.3 O trabalho de campo.....	49
3.4 Análise dos resultados.....	49
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>51</b>
4. Resultados e discussão.....	51
4.1 Descrição do campo.....	52
4.1.2 População local.....	63
4.2 Unidade: USAFA Tude Bastos.....	64
4.2.1 Recursos humanos.....	66
4.2.2 Funcionamento e demanda.....	67
4.3 Recortes do cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde.....	71



4.4 A visão do agente comunitário de saúde sobre os problemas de saúde mental.....	76
4.4.1 Identificação dos casos.....	77
4.4.2 O que é problema de saúde mental .....	86

#### **CAPÍTULO IV**

5. Considerações finais.....	101
6. Referências bibliográficas.....	103
7. Anexos .....	113

## INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental acometem milhares de pessoas e são uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Partindo dessa preocupação, ações conjuntas em saúde são lançadas no escopo da sociedade para prevenir e tratar esses problemas. Sob tal ótica, surgiram propostas de assistência em saúde mental no contexto da atenção primária.

A aproximação que existe entre os profissionais de saúde das unidades básicas com os pacientes que sofrem com algum transtorno mental e suas famílias e a possibilidade de contribuir para ações em saúde mental no contexto da atenção primária levaram o interesse por este trabalho. Assim, objetiva-se compreender a visão do agente comunitário de saúde sobre o problema de saúde mental. Destarte, esta pesquisa busca contribuir para a discussão sobre como o agente comunitário pode cooperar no tratamento da pessoa com problema de saúde mental na comunidade.

O estudo está estruturado em quatro capítulos.

O Capítulo I apresenta a gravidade dos transtornos mentais e as suas consequências. Paralelamente, no intuito de conhecer o contexto do atendimento da saúde mental na atenção primária, são expostos o modelo de assistência em saúde mental predominante no país no âmbito do Sistema Único de Saúde para melhor compreensão do lugar e da importância do PSF e do agente comunitário de saúde nas práticas defendidas pela reforma psiquiátrica, com o tratamento do paciente com transtorno mental fora da instituição hospitalar e com o apoio da comunidade.

O Capítulo II apresenta o objetivo e a metodologia utilizada. Por conseguinte, no Capítulo III, representando os resultados e discussão da pesquisa é descrito o campo de análise distinguindo-se a extensa observação realizada e a análise das entrevistas realizadas.

Finalmente, no capítulo IV foram tecidas as considerações finais, à luz dos elementos teóricos e empíricos que embasaram o estudo.

## **CAPÍTULO I**

### **1.1. ABORDAGEM DA GRAVIDADE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL.**

Por afetar a qualidade de vida da população mundial, o cuidado ao paciente com transtorno mental e a prevenção da doença são assuntos amplamente discutidos internacionalmente.

Estudos destacam que “o mundo está padecendo de uma crescente carga de transtornos mentais” e que a atenção voltada a saúde mental não é a mesma dada a saúde física, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2001).

Estima-se que 450 milhões de pessoas no mundo têm um transtorno mental. A estimativa é que cerca de 10% dos adultos estão passando por um transtorno mental, e 25% irão desenvolver um em algum momento de suas vidas. Além disso, as pessoas que sofrem desse mal têm um risco maior de ter doenças físicas devido à função imunológica diminuída, à baixa adesão aos tratamentos médicos e à existência de barreiras sociais para a obtenção do tratamento. Os transtornos mentais também são associados com mais de 90% do milhão de suicídios que ocorrem anualmente no mundo (OMS, 2009).

No Brasil segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde referentes à saúde mental, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (BRASIL, 2003).

É observável que os transtornos mentais apresentam-se em todo o mundo e acometem tanto homens quanto mulheres, em todas as fases da

vida, entre as variadas classes sociais e em ambientes diversos. Por isso se faz importante a necessidade de investir em tratamentos e cuidados primários que podem ser obtidos sem custo elevado para os governantes e para as famílias.

O entrave é que a “falta de apoio político, o manejo inadequado, serviços de saúde sobrecarregados e, às vezes, resistência de decisores políticos e profissionais de saúde dificultam o bom desenvolvimento da saúde mental no sistema de saúde” (OMS, 2011, p. 1).

O desconhecimento de como conviver com pessoas com transtornos mentais também é um fator que interfere diretamente na qualidade de vida dos mesmos. Segundo a OMS (2011), “muitas pessoas pensam que os transtornos mentais afetam apenas um pequeno subgrupo da população”, mas a realidade vai, além disso. Da carga global de doenças, 13% está relacionado a transtorno mental e este número pode subir para 15% até 2030. A OMS (2011, p.1) frisa inclusive que existem outras pessoas que acreditam que as doenças mentais não são providas de tratamento, mas enganam-se porque existem “tratamentos eficazes e que podem ser entregues com sucesso em regime ambulatorial”. Também permanece no meio social a ideia que as “pessoas com transtornos mentais são violentas ou instáveis e, portanto, devem ser trancadas, quando na verdade a grande maioria não são violentas, são capazes de viver de forma produtiva dentro de suas comunidades.”

Embora tratáveis, os transtornos mentais comprometem a vida do indivíduo interferindo nas suas relações familiares e de trabalho. Andreoli (2001) destaca que os transtornos mentais mais comuns (demência, retardo mental, depressão e esquizofrenia) listados pela OMS em 2001, afetam de forma diferenciada cada indivíduo e causam sérias consequências para as famílias e a comunidade.

A OMS (2010) calcula que cerca de 35,6 milhões de pessoas no mundo são afetadas por demência, 151 milhões por depressão, 26 milhões por esquizofrenia, 40 milhões por epilepsia e 125 milhões por transtornos pelo uso abusivo do álcool.

A demência afeta principalmente a terceira idade e é caracterizada pela deterioração da memória, pensamento, comportamento e a capacidade de realizar atividades cotidianas. Além disso, está intimamente relacionada ao abandono, pobreza e institucionalização (OMS, 2012). No Brasil a estimativa para essa síndrome é de 1 milhão, tendo em vista o crescente número da população idosa em condições de vida desfavorável (OMS, 2012).

Segundo o IBGE (2010), o crescimento do número de idosos no país tem aumentado ao longo dos últimos cinquenta anos. Sendo que na última década, está representada entre uma população de 190,7 milhões de brasileiros, 10,8% de idosos, ou seja, 20,5 milhões. Em vista disso, os problemas de saúde mental entre esta faixa etária também tem aumentado. A demência, por si só, afeta de dois a oito idosos a cada 100 (OMS, 2012).

Ademais, é relevante destacar o estudo de Maia, Durante e Ramos (2004) realizado sobre a prevalência dos transtornos mentais em idosos na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, com uma amostra de 327 idosos (60 anos de idade ou mais), efetuado em ambientes domiciliares. Os transtornos mentais foram aferidos por meio de um questionário de rastreamento psicogeriátrico (QRP). Os autores constataram que a prevalência era de 29,3% dos transtornos mentais, associada ao sexo feminino, com diferenças marcantes em relação ao local de moradia (favelas), renda *per capita* baixa (menor ou igual a um salário mínimo) e número de doenças que acometiam o indivíduo.

Em todo o mundo, as mulheres têm sido vítimas marcantes dos transtornos mentais. Em relação aos homens, na idade adulta, elas são mais acometidas por depressão e ansiedade, doenças associadas ao período reprodutivo (Andrade, Viana e Silveira, 2006). A depressão, caracterizada pela baixa ou tristeza de humor e perda no interesse nas atividades, afeta mais mulheres do que homens, na proporção de 2 para 1, sendo o suicídio o maior risco dos deprimidos (OMS, 2000).

Além da depressão, outros transtornos causam mortes e incapacitação entre as pessoas, como por exemplo, a esquizofrenia, transtorno afetivo

bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, abuso de álcool e consumo de drogas (ANDRADE, VIANA E SILVEIRA, 2006).

Ha que se ressaltar que as condições mais graves de transtornos mentais vêm geralmente associadas a outros transtornos mentais durante a vida e uma minoria dos doentes mentais encontrados na população recebe tratamento (HUMEREZ, 2001). Isto significa que podem ser agravados pelas condições físicas, psicológicas e sociais em que o indivíduo se encontra.

Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas. (BRASIL, 2003, p.2)

Os indivíduos que se envolvem com drogas, álcool e tabagismo também sofrem com a ocorrência de transtornos psiquiátricos ao longo de suas vidas. Tendo em vista que estão mais vulneráveis a esse tipo de ocorrência por apresentarem um déficit em suas relações com a sociedade e comunidade em que vive.

Além dos altos índices de transtornos mentais que atingem diversas pessoas, existem muitas outras questões preocupantes no campo da saúde mental. A exemplo, a OMS (2009, p. 2) estima que menos de 28% dos países no mundo apresenta um orçamento específico para esse tipo de cuidado e muitos enfrentam escassez de profissionais da área. Há ainda a sobrecarga familiar causada pela presença da pessoa com transtorno mental e o estigma ou discriminação ligado ao doente.

Calipo (2008, p. 23) afirma:

[...] todas as projeções futuras apontam para um aumento significativo dos transtornos mentais. Prevê-se por um lado, um incremento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, e em particular de casos de demência, associados ao aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população. Por outro lado, um impacto crescente de problemas direta ou indiretamente relacionados com a saúde mental, como os problemas de violência, abuso de álcool e drogas, delinquência juvenil e outros.

Assim, vale destacar que é relevante a preocupação e o esforço lançado através de ações que visam a prevenção dos problemas de saúde mental e a assistência às pessoas acometidas por este problema.

## **1.2. O MODELO DE ATENÇÃO Á SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO SUS.**

O Sistema de Saúde do Brasil, como os apresentados no mundo, passou e continua passando por transformações que visam um serviço de saúde que atue de forma equânime e em benefício à população. Ancorada a essas mudanças, a saúde mental alcançou o seu próprio espaço, gerando novas formas de atenção às pessoas com problemas mentais e suas famílias.

Os avanços necessários para a articulação de uma rede de saúde mental de base eficiente tornam-se um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange a serviços e atendimentos de qualidade para usuários. Em vista disso, o Ministério da Saúde tem investido em mudanças nos modelos de atenção, passando do hospitalocêntrico para um voltado à assistência, promoção e prevenção da saúde.

Conforme Guimarães *et al* (2001, p. 10), “a saúde mental brasileira, nas duas últimas décadas, mais precisamente de 1979 a 1999, passou por transformações através de avanços que constituíram e constituem o processo contemporâneo desta prática”.

Todas as modificações ganharam uma alavancada na década de 1970 quando um grupo de trabalhadores em Saúde Mental, participantes do movimento sanitário, familiares e pessoas com histórico de internações psiquiátricas denunciavam as condições de manicômios e pediam a extinção dos mesmos em todo o país. Neste período, surgiram várias manifestações, congressos e conferências que tratavam sobre o assunto e que dava início à

corrida contra a existência de manicômios e a internação de pacientes nestes (BRASIL, 2005).

Além desses movimentos, surge o primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) em São Paulo no ano de 1987. Este centro tendo como objetivos o atendimento, cuidado e socialização de indivíduos com transtornos mentais, visava substituir a internação em hospitais psiquiátricos. O NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) visto também como uma das estratégias do Ministério da Saúde para a erradicação de hospitais psiquiátricos, como o CAPS, foi implantando na cidade de Santos em São Paulo no mesmo ano (BRASIL, 2005).

Com o assunto Saúde Mental em alta e o aumento de movimentos sociais em todo o país surgiram preocupações em se firmar leis, diretrizes e normas para regulamentação de serviços diários de atenção à Saúde Mental e ainda, fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Um dos personagens que contribuiu evolutivamente para o processo da Reforma Psiquiátrica foi o deputado federal Paulo Delgado do PT de Minas Gerais, que propôs a “regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005). Projeto este que só entrou em vigor, mas com modificações, depois de 12 anos de tramite (BRASIL, 2005, p. 8).

Todas as ações efetuadas impulsionaram a criação de um “programa permanente de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental, visando consolidar os avanços e a criação de mecanismos para a reversão do modelo existente” (BRASIL, 2012, p.3).

Com as mudanças ocorridas desde o início da Reforma Psiquiátrica o modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil tomou uma nova forma e outro objetivo: o de ampliar e qualificar uma rede complementar de serviços e cuidados a pessoa com transtornos mentais baseando-se na territorialidade e desatualizar o modelo tradicional de tratamento de doenças mentais que se baseava somente no processo de saúde/doença, ou seja, quanto mais a pessoa doente estiver inserida na rede familiar, social e cultural melhor e maior será o seu avanço no processo de saúde/doença.



Segundo BRASIL (2007, p.63), a Reforma Psiquiátrica é definida como:

Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Dessa forma, reafirma-se que a Reforma Psiquiátrica surgiu propondo o cuidado ao paciente com transtorno mental para além do interior das instituições de saúde mental, em outras palavras, para a inserção do cuidado do paciente dentro da sociedade.

Ademais, como uma importante estratégia no campo da saúde mental em 1999 surgiu o matriciamento em saúde mental para a rede de atenção primária. Essa prática é resultado de experiências concebidas ao longo dos anos e foi desenvolvido por Gastão Wagner Campos (CAMPOS E DOMITI, 2007). O Apoio Matricial consiste em:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005, p. 34).

Logo, entende-se que incluir a saúde mental na rede de atenção primária com o papel de contribuir com seus saberes aumenta a capacidade resolutiva da equipe local.

O matriciamento tomou forma a partir da regulamentação e da constitucionalização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado em 2008 (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) com o objetivo de “apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2010. p.10). Vinculado à equipe de Saúde da Família, tem sua proposta baseada no conceito de Apoio Matricial visando ampliar e qualificar a assistência dada pela Atenção Básica e “apoiar a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica” (BRASIL, 2008, s/p).

Neste sentido, o Apoio Matricial veio contribuir para o Programa Saúde da Família na estruturação de cuidados colaborativos e transformação da tradicionalidade e burocracias dos sistemas de saúde, como “mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação” (CAMPOS e DOMINI, 2007, p. 400). Tudo isso, no intuito de colaborar para uma relação horizontal (ou construção de vínculos) das equipes de saúde com os usuários de seus serviços em diferentes níveis assistenciais.

Com este novo modelo, pretendeu-se inclusive ampliar a rede de atenção básica de saúde de forma que melhorasse o funcionamento das equipes de saúde da família, tornando-o mais acessível a toda população, e formando profissionais responsáveis e cada vez mais capazes de atuar em ocorrências de doenças mentais em seu ambiente de trabalho. Desta forma, possibilitando avaliar a vulnerabilidade e o risco que cada indivíduo encontra ao se deparar com a situação de sofrer de transtornos mentais e, ainda, identificar se há ou não a possibilidade da “criação de um projeto terapêutico singular, ou mesmo alteração da avaliação diagnóstica ou dos procedimentos de cuidados” (CAMPOS e DOMINI, 2007, p. 400).

O Apoio Matricial se refere a uma “mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio” e ainda, “sugere uma metodologia para ordenar a relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em

procedimentos dialógicos” (CAMPOS e DOMINI, 2007, p. 401). Apesar disso, o Apoio Matricial não é realidade de todas as unidades básicas de saúde do país, mas permanece como ferramenta importante no contexto da saúde mental.

Em geral, apesar das mudanças no campo da saúde mental no Brasil, ainda são necessários maiores investimentos na assistência a pessoas que sofrem de problemas psíquicos e mentais. Há, sobretudo, a necessidade de novos mecanismos adequados para reduzir e prevenir a população desses males.

### **1.3 A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

#### **1.3.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

A atenção primária em saúde foi conceitualmente definida na I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em 1978 em Alma-Ata no Cazaquistão como estratégia e nível de atenção. Foi considerada “como parte de um sistema integrado de cuidados em saúde e, seu revés, um tipo de cuidado em saúde focado no ataque à pobreza e dirigido à população desprovida de acesso dos recursos e serviços” (LITSIOS, 2002 apud VIANA e FAUSTO, 2005, p. 157). Além disso, na conferência os países membros em uma iniciativa estratégica propuseram-se alcançar o maior nível de saúde possível até o ano 2000 através da atenção primária em saúde.

Há que se ressaltar que desde esse firmamento que ficou conhecido como “Saúde Para Todos no Ano 2000”, a atenção primária tornou-se

referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países. No Brasil, a estratégia deveria prioritariamente “atender às necessidades de resposta à escassez e à exclusão da população dos recursos da assistência, particularmente pela expansão da rede” (COHN, NAKAMURA, COHN, 2005, p.168).

Nessa perspectiva a atenção primária desenvolveu-se a partir dos seguintes princípios do SUS: o da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação social. E foi definida por meio da Portaria nº 648/GM como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2004b).

Para o sistema de saúde brasileiro a atenção primária, nos dias atuais, representa um elemento-chave na construção da qualidade dos serviços de saúde. Viana *et al* (2009, p.15) enfatiza que ela é “uma alternativa de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito do SUS que procura alterar o modelo de atenção [...] no país, centrado na doença e na assistência médico- hospitalar individual”.

Ademais, “as ações de atenção primária adquiriram maior importância na agenda da política de saúde brasileira a partir da década de 1990” com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (VIANA *et al* 2009, p.15).

O Programa Saúde da Família (PSF) contempla as ações da atenção primária e promove importantes resultados para a saúde coletiva, através da promoção da saúde à população e da prevenção de doenças e agravos. Além disso, é uma das principais estratégias para ampliar a cobertura e o acesso da população aos serviços de atenção primária.

Destarte, o Programa atua em território definido estabelecendo vínculos e assistindo a saúde do paciente de forma mais próxima e contínua. O mesmo é composto essencialmente de uma equipe multiprofissional: “um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários da saúde. Os agentes comunitários residem na

área sob sua responsabilidade” (FENERIC, PEREIRA e ZEOULA, 2004); são trabalhadores com ensino fundamental ou médio; treinados em habilidades básicas de prevenção e tratamento em saúde. A Unidade de Saúde da Família constitui o local de atuação do PSF e “cada equipe do Programa está encarregada da cobertura de até mil familiares ou cerca de 3.400 pessoas de um município ou bairro” (DELGADO *et al*, 2007, p. 64).

Há de se destacar que o vínculo que existe entre as equipes e a comunidade proporcionado pelo registro de famílias e visitas domiciliares, são princípios fundamentais e de enorme valia para o Programa. São, sobretudo, características específicas do PSF.

Viana e Dal Poz (1998) apud Viana *et al* (2009, p. 16) ressaltam que inúmeras avaliações realizadas a respeito do Programa Saúde da Família evidenciam que este introduz avanços importantes para o sistema de saúde.

Em pesquisa realizada por Gomes *et al* (2007), em Paula Cândido, Minas Gerais, com a população rural de Airões, identificaram impactos positivos nos indicadores de saúde a partir da comparação dos dados sanitários antes e depois da implantação do Programa no período de 1992 e 2003. O estudo se limitou a 127 famílias, uma representação de 55,2% e 41,6% do total de famílias em 1992 e 2003. Os resultados mostraram que após a implantação do PSF ocorreu um aumento de 40,4% no diagnóstico de doenças, redução no número de internação de 42,7% para 27,2%, aumento de 30,6% para 90% da cobertura da assistência pré-natal e redução dos partos domiciliares de 48,9% para 1%. Em geral, a evolução dos dados na referida comunidade significou que o PSF não apenas possui potencial para reestruturar o modelo de assistência à saúde como também é um forte facilitador para o acesso da população aos serviços e ações em saúde.

Outro interessante estudo está relacionado ao impacto do PSF na saúde infantil realizado por Guimarães, Alves e Tavares (2009). Os autores buscaram determinar o impacto do PSF na saúde infantil no município de Olinda, Pernambuco, por meio da vacinação e mortalidade infantil por causas evitáveis considerando três períodos para análise: 1990 a 1994 -

período anterior da implantação do PSF, 1995 a 1996 - período de implantação do PSF e 1997 a 2002 - período de intervenção do Programa. Observaram que mesmo o Programa tendo apresentado uma cobertura máxima de 56% no município estudado, conseguiu realizar ações de imunização de forma efetiva, reduzindo a morbidade das doenças- alvo. As taxas de mortalidade infantil apresentou tendência de redução progressiva, passou de 49,2% dos nascidos vivos em 1990 para 20,7% em 2002, confirmando assim a efetividade das ações do PSF na população infantil. Com resultados semelhantes sobre os efeitos do PSF nas taxas de mortalidade infantil são achados também nos estudos de Cruz (2005); França *et. al.* (2009).

Não há como deixar de observar que o PSF como estratégia reorganizadora do modelo de atenção à saúde no país, tem possibilitado com maior efetividade o acesso à população aos serviços da atenção primária e a melhoria dos indicadores de saúde, principalmente em populações com menor renda financeira. Nesse tocante, interessa ressaltar que mesmo com as contribuições mencionadas, o PSF enfrenta dificuldades à sua efetiva implantação.

Partindo da proposta de alcançar a massa desassistida pelo sistema de saúde e, sobretudo, do princípio de promover assistência universal, equânime e de prevenção de doenças e agravos, o PSF durante algum tempo praticamente delimitou a atenção para as pequenas cidades do interior do Brasil. A exemplo, vale considerar um dos dados revelado em estudo realizado por Facchini *et al* (2006) dentro dos estudos de linha de base do Proesf (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), sobre o desempenho do PSF no nordeste e sul do país. Considerando o contexto em que se inseriu a pesquisa, o Sul com as médias de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de expectativa de vida, de alfabetizados e de cobertura de domicílios com água encanada mais altas do que no Nordeste, região que apresentava maior proporção de pobres (41,0%), a pesquisa constatou que a cobertura do PSF de 1999 a 2004 cresceu mais no Nordeste do que no Sul. Há de se destacar ainda nesse estudo que:

No ano de 2000, a totalidade dos municípios estudados na região Nordeste já dispunha de ESF, enquanto no Sul, principalmente no interior do Rio Grande do Sul, a expansão do PSF foi recente, estando mais fortemente associada ao Proesf. (FACCHINI *et al* 2006).

Para o Ministério da Saúde, o grande impasse agora no tocante ao Programa Saúde da Família é expandi-lo nos grandes centros urbanos. Mesmo contando com o Proesf para acelerar o ritmo de expansão de sua implantação, é de se considerar que não é uma tarefa fácil. Os grandes centros urbanos apresentam características peculiares a respeito de sua população, território e perfil morbi-mortalidade. (NASCIMENTO, COSTA, 2009, p. 76).

Bousquat, Cohn e Elias (2005), assinalam que o PSF ao ser introduzido nas grandes cidades encontra um campo bem diferente em relação ao dos municípios de médio e pequeno porte. Nesse sentido, pode-se afirmar a necessidade de modelos de atenção e gestão diferenciados para dar conta de cada realidade.

Não bastasse esse obstáculo, o PSF enfrenta alguns outros problemas comuns aos municípios, independente de seu porte. Assinala-se entre eles: “a manutenção do modelo tradicional com a denominação de saúde da família”; a formação do profissional médico; a “falta de definição sobre a atuação nos equipamentos sociais”. (BOUSQUAT, COHN E ELIAS, 2005, p.78).

Do exposto, é relevante frisar que mesmo com alguns grandes entraves o PSF não deixa de ocupar um lugar importante no avanço e sucesso do Sistema de Saúde. De fato, é uma estratégia indispensável como proposta de ação para os cuidados primários de saúde da população. Por essa razão e pelo impacto gerado por alguns indicadores de saúde da população em resposta dos recursos lançados na atenção primária, o Ministério da Saúde segue estimulando as políticas de expansão, formulação e avaliação nesse campo.

A exemplo disso, como grande parte das pessoas com transtorno mentais leves e graves são atendidos pelas equipes do PSF, foi lançado as equipes matriciais de referência em saúde mental para auxiliar o programa na assistência a esses pacientes. Embora seja uma proposta de caráter facilitador, ainda não é realidade de todas as unidades básicas de saúde. Trata-se de uma proposta nova.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo, especificamente focado na saúde mental, ressalta que o controle e o tratamento dos transtornos mentais, no contexto da Atenção Básica, são fundamentais para melhores resultados na assistência à saúde da população. (RIBEIRO *et al*, 2009).

Conforme Silveira e Vieira (2009):

A relevância da formulação de políticas para a atenção básica que englobem o cuidado em saúde mental estaria justificada no direito do usuário de encontrar em sua unidade sanitária de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção.

Acerca dessa possibilidade, existem alguns estudos que assinalam pontos relevantes sobre a saúde mental na atenção básica. Entre eles, muitos ressaltam o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia importante e significativa para a assistência ao paciente com transtorno mental e sua família.

Cury e Galera (2006), estudando o PSF na atenção às famílias de doentes mentais, citaram os seguintes possíveis papéis do Programa dentro desse campo: auxílio da inclusão social do doente mental como fator atuante dos demais fatores vividos por ele; preparo da comunidade para aprender a cuidar do doente mental, possibilitando o vínculo com a sociedade; inclusão da família nos serviços e programas de saúde; identificar problemas que põem em risco a saúde mental dos grupos; encaminhamento do portador com transtorno mental ao centro de referência.

O estudo de Souza *et al* (2007) realizado em Terezina- PI, procurou identificar a formação e as ações do enfermeiro em Saúde Mental no PSF; e



expressa a presença da saúde mental no Programa Saúde da Família. A amostra se constituiu de 134 enfermeiros e o PSF possuía uma cobertura de 80% da população do município. As equipes trabalhavam em tempo integral, sendo que cada equipe cobria em média 1.200 famílias.

Quanto ao questionamento das necessidades de atendimento em Saúde Mental no Programa do município, 97% dos entrevistados informaram que existiam pacientes em suas áreas geográficas de atuação, que necessitavam deste tipo de atendimento específico.

Ao se questionar a estimativa das pessoas que necessitavam de atendimento em saúde mental, dentre as famílias acompanhadas pela equipe, 77,6% dos entrevistados estimaram uma média de 33,13 pessoas. Uma média que demonstrou a existência do contato da equipe de saúde da família com pessoas com problemas de saúde mental.

Entre as atividades voltadas à saúde mental pelas equipes destacaram: visitas domiciliares (60%), consultas (27,7%), encaminhamentos (21,5%), entrega de medicação (15,4%), sem atividade (14,6%), atendimento ambulatorial (7,7%), terapia comunitária (5,4%), levantamento de casos (0,8%). Entre as condutas, apresentaram: atendimentos (47,7), encaminhamentos (72,3), acompanhamento dos casos (4,6), administração de medicamento (2,3), não vivenciou a prática (6,9).

Embora o estudo tenha evidenciado que a saúde mental é presente no dia-a-dia dos profissionais do PSF e estes realizam ações que contribuem na assistência às pessoas com transtorno mental. A pesquisa enfatizou a não formação específica ou ausência de educação continuada sobre saúde mental como dificuldade para desenvolver ações na área.

A OMS (2001, p. 90) destaca que o “reconhecimento [...] precoce de transtornos mentais no âmbito da atenção primária pode reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários” em paralelo “muitas vezes os profissionais da atenção primária de saúde vêem (mas nem sempre reconhecem)” o problema de saúde mental.

Rios (2007, p.252), em estudo sobre a saúde mental, ressalta:

[...] o contato muito próximo e recorrente com situações graves de sofrimento e degradação, além do fato de que temas de Saúde Mental, apesar de sua presença constante, são sempre complexos e pouco conhecidos para a maioria dos profissionais da saúde que não são da área psi, tornam o trabalho ainda mais penoso.

Munari *et al* (2008), fizeram uma análise na literatura nacional em 2007 sobre as possibilidades, limites e desafios no PSF no enfrentamento das questões concernentes à prática à atenção em saúde mental. Uma das comprovações do estudo foi a não capacitação dos profissionais dessa rede para atender as pessoas com transtornos mentais e suas famílias.

Outros autores chegaram às mesmas conclusões sobre a pouca capacitação desses profissionais. Identificaram pontos relevantes, contribuindo dessa forma para a importância da inclusão das equipes matriciais de referência em saúde mental no Programa Saúde da Família, quando necessário.

Silveira e Vieira (2009) efetuaram um estudo enfatizando fragilidades ou contradições identificadas na atenção ao cuidado em saúde disponibilizado pela atenção básica, especificamente pelo PSF, às pessoas em sofrimento psíquico. Destacaram o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados a esse assunto e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência. Nos estudos de Vecchia e Martins (2009) e Souza e Scatena (2007), de abordagem semelhante é apontado a mesma fragilidade.

Do exposto, destaca-se que há ampla literatura que cita as dificuldades dos profissionais do PSF na assistência dada aos pacientes com problemas mentais. No entanto, os profissionais da atenção primária contribuem para a assistência desse doente e sua família, como as abordagens anteriormente mostraram.

De modo geral, os desafios existentes na atenção primária indicam a necessidade de ajustes das ações e serviços locais de saúde, visando responder eficazmente as necessidades de saúde da população e, sobretudo, visando superar as iniquidades entre as regiões do país.

### 1.3.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

Considerando o PSF como uma estratégia de organização da atenção primária voltada para responder as necessidades de saúde da população, ressalta-se a atuação dos agentes comunitários de saúde, os quais estão próximos da realidade de uma comunidade local e sem dúvida os que também conhecem as necessidades de saúde da população por manter vínculo “estrito” com ela.

Segundo o Ministério da Saúde, o agente comunitário pode ser definido como um trabalhador que independente de seu nível escolar, deve cumprir alguns requisitos como: “residir há pelo menos 2 anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades” (BRASIL, 2004b, p.14). Ele pode atuar como um facilitador entre a comunidade em que vive e a política de saúde ali implementada.

O ACS “realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde realizada em domicílios ou junto às coletividades, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS”; estende, também, “o acesso da população às ações e serviços de informação, de saúde, promoção social e de proteção da cidadania” (BRASIL, 2004b, p. 46).

O agente comunitário é um profissional que compõe a equipe de multiprofissionais de saúde da família. Não se exige nenhuma qualificação específica para ser ACS, mas apenas que sejam participantes da comunidade em que trabalham. Ele atua tanto em ambientes rurais quanto urbanos e deve acompanhar, em média, 550 pessoas de sua comunidade. Os ACS “são abordados na rua pela população e cobrados como representantes da Unidade de Saúde da Família (USF), solicitados a atender a demanda” (COHN, NAKAMURA E COHN, 2005, p. 179).

Um dos maiores desafios do trabalho de agente comunitário está na sua capacitação profissional para lidar com os problemas de saúde de sua

comunidade. Ele deve adquirir conhecimento científico e prático sobre como atuar frente a situações de risco e ter como recompensa de seu trabalho, uma experiência gratificante e, conseqüente, reconhecimento pela população e pela equipe de saúde onde ele atua. Dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, o enfermeiro da unidade de saúde é o responsável por oferecer as capacitações aos ACS através dos recursos existentes fornecendo “embasamento teórico sobre doenças, prevenção e tratamento, e estimulando a realização de um trabalho comunitário, participativo e reflexivo sobre os diferentes aspectos do processo saúde doença” (SILVA E RIBEIRO, 2009, p.77).

O ACS tem como atribuição identificar situações que apresentem riscos à saúde de sua comunidade, apresentando-as à unidade de saúde responsável para a tomada de decisões sobre quaisquer casos ocorridos e ainda, orientar a população realizando atividades que possam evitar, diminuir ou solucionar os problemas encontrados junto a equipe de saúde e a própria população. (BRASIL, 2004b).

O agente comunitário atua diretamente com as famílias da comunidade e serve como dispersor de conhecimento e comunicador da saúde. Ele assume um papel muito específico no trabalho da equipe de saúde, pois tem o papel de “articulador do processo de trabalho da equipe, exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer a comunidade em que vive e ter maior facilidade de acesso aos domicílios” (ARAÚJO E ASSUNÇÃO, 2004, p.19). Entende-se que o agente comunitário de saúde conhece melhor as necessidades e anseios da comunidade porque está inserido nesta e que é capaz de lutar pelos direitos da própria comunidade.

Entre outras atribuições do agente comunitário, podemos fazer referência ao acompanhamento domiciliar das famílias, do qual realiza mensalmente o mapeamento de sua área de atuação com o cadastramento de cada indivíduo desta, através do preenchimento da ficha do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e atualização desse cadastro, encaminhamento e agendamento de consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário. Além de participar da orientação e

acompanhamento das famílias, o agente comunitário deve estabelecer vínculos de confiança com cada uma delas e promover ações de sociabilidade e cidadania em sua comunidade. Deve ainda, considerar e respeitar as individualidades dos grupos sociais que compõem a área por ele atendida mantendo a confidencialidade e evitando possíveis conflitos (BRASIL, 2001).

O agente comunitário foi inserido no contexto da atenção básica no ano de 1991, com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pela parceria do Ministério da Saúde com a Fundação Nacional de Saúde. Este programa foi criado com o objetivo de “contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura de serviços de saúde para áreas mais pobres e desvalidas” e foi com a percepção, por parte do Ministério da Saúde, do sucesso numa das unidades do PACS no estado do Ceará, que se tornou relevante o papel do agente comunitário como “peça importante para organização de um serviço básico de atenção à saúde” (VIANA E DAL POZ, 1998, p. 18).

Com vista a um processo de modificação do modelo de assistência à saúde no Brasil, começou-se a pensar em um intermediador que pudesse estabelecer a relação entre comunidade e profissionais de saúde. Desta forma, foi criado o PACS que impulsionou o desenvolvimento de políticas voltadas para uma reorientação do modelo de atenção à saúde na época e atender a demanda da população doente que era cada vez mais crescente (BRASIL, 2004b, p.14).

O PACS trouxe a proposta de estender a experiência do trabalho dos Agentes comunitários para todo o SUS, visando melhorar a qualidade de vida da comunidade de forma a promover a saúde da população e prevenir de doenças compartilhando de informações sobre os cuidados essenciais à saúde. Três anos após a implantação do PACS, em 1994, também se instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) e, juntos, PACS e PSF, contribuíram para uma mudança radical do modelo de atenção a saúde no Brasil, que até então se concentrava em medidas repressivas contra

doenças com a internação de indivíduos em hospitais, “buscando contribuir para a redução de graves problemas enfrentados pelos serviços públicos” (BRASIL, 2004b, p.14).

Foi o PACS que tornou possível a implantação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF adotou as práticas de saúde do PACS para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

Os agentes comunitários de saúde vêm, desde a época da implantação do PACS, buscando o reconhecimento legal de sua profissão, de sua identidade e de seus direitos trabalhistas e sociais. Após a organização desses trabalhadores houve estímulos do Governo Federal em estabelecer diretrizes para o exercício de sua profissão, culminando na criação do Decreto Federal nº 3.189/99 e após a elaboração de um projeto de lei estabeleceu-se a Lei Federal nº 10.507 de 10 de julho de 2002, reconhecendo a profissão do ACS e definindo seu exercício como exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde (BRASIL, 2004b).

O ACS tem a potencialidade de fortalecer a integração entre a comunidade e o serviço de saúde, configurando-se, portanto, como importante ator no acompanhamento às pessoas com problema de saúde mental (SOUSA, 2001). No entanto, como já mencionado, a assistência em saúde mental no âmbito da atenção primária é um desafio para toda a equipe de saúde, inclusive para o agente comunitário, por ausência de preparo ou apoio específico.

Carneiro et. al (2009), estudaram sobre a articulação e o compartilhamento de experiências entre a atenção primária e a saúde mental por meio do apoio matricial na cidade de Salvador, Bahia. Através do compartilhamento e do conhecimento entre residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e o Núcleo de Saúde Mental da Universidade do Estado da Bahia com os ACS da unidade de saúde os autores concluíram que a descrição de métodos, técnicas, procedimentos e instrumentação para o trabalho com saúde mental devem ser aproximadas

ao ACS para o fortalecimento de vínculos entre os profissionais de saúde, a troca de experiências e relatos de vivência e ampliação do como saber e fazer. Portanto, a partir daí trabalharem em conjunto para que haja uma estratégia responsiva de ambos os profissionais na intervenção para casos de transtorno mental. Também destacam a importância do apoio ao ACS em assuntos relacionados à saúde mental (FENERIC, PEREIRA E ZEOULA, 2004).

Estes autores realizaram um estudo revelando a percepção dos agentes sobre os problemas de saúde mental na comunidade em que atuavam. Identificaram dificuldades desses profissionais para entrar em contato com questões de saúde mental, parecendo que prefeririam não ter que fazê-lo. Os autores chamaram atenção para algumas reflexões acerca da solução para tal achado, destacaram que a produção de medidas preventivas poderia ajudar no desenvolvimento do trabalho.

Outro estudo, dessa vez sobre saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental de Barros, Chagas e Dias (2007), destaca além das ações do agente comunitário, voltadas as pessoas com transtorno mental, o medo causado pelo comportamento das pessoas com transtornos mentais, como entrave para a atuação dos agentes comunitários de saúde.

Esses estudos concentrados no agente comunitário reafirmam que a assistência em saúde mental é um desafio para toda a equipe do PSF, em especial do ACS, que diante da problemática instigam soluções.

Há de destacar outros estudos com mesma abordagem.

Pereira et. al (2007), estudaram sobre o conceito de saúde mental entre os agentes comunitários de saúde e em seus estudos identificaram que muitos destes profissionais consideravam o transtorno mental como loucura, apontando o manicômio como o local mais apropriado para pessoas acometidas por esse mal. O indivíduo com transtorno mental, na visão desses ACS, se tornava um ator passivo em relação ao tratamento e cuidados essenciais não tendo a oportunidade de opinar sobre o mesmo, o

que o lançava em um ambiente de desprezo, preconceito e falta de sociabilidade.

Harada e Soares (2010) realizaram pesquisas sobre o preparo do agente comunitário para perceber a depressão. Através de abordagem qualitativa buscando evidenciar a conduta dos sujeitos junto a pessoas que apresentam depressão, detectaram que o conhecimento do ACS sobre a doença se baseia em um consenso coletivo, não apresentando preparação adequada para atuarem frente a situações como essa. Ou seja, os ACS sujeitos dessa pesquisa, relataram reconhecer facilmente, o transtorno mental, pois os indivíduos que o possuíam apresentavam comportamento diferenciado do restante da comunidade.

Contudo, considerando o vínculo entre a comunidade e o agente comunitário de saúde, deve-se priorizar o investimento permanente em sua capacitação em todos os aspectos, principalmente no que se relaciona com saúde mental, o que contribuirá para uma grande melhoria na assistência à saúde e para a efetivação de práticas de saúde.

Neste sentido, diante da importância dos estudos realizados acerca da atenção primária, mais especificamente do ACS e, sobretudo, da gravidade dos transtornos mentais que acometem milhares de pessoas no mundo. Este estudo partiu da possibilidade de contribuir para ações em saúde mental no contexto da atenção primária. Objetivou-se compreender a visão do agente comunitário de saúde a respeito dos problemas mentais de saúde.

#### **1.4 SAÚDE MENTAL E CULTURA: UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA.**

Pensando em compreender a visão do ACS sobre a saúde mental, este momento faz-se necessário para explicar que existe uma relação entre



a saúde mental e a cultura. Estas estão interligadas entre si, influenciando na percepção de como o sujeito vê o outro.

Há de destacar que o desenvolvimento da antropologia no campo da saúde contribuiu consideravelmente para a compreensão da relação entre saúde, doença e cultura.

A cultura é um processo dinâmico, ou seja, um sistema simbólico com possibilidade para as pessoas criarem novos significados para interpretar seu mundo. Dessa forma, a doença é vista de duas formas. A primeira “como uma construção sociocultural e subjetiva”, “um processo e não um momento único nem categoria fixa” e motivada pela preocupação de entender o sofrimento e as possibilidades de alívio desse sofrer. Assim, a “interpretação do significado da doença emerge através do seu processo”. A segunda “a doença é entendida como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciados pelos atores”, trata-se de um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura (LANGDON, 2003).

Portanto, a maneira como se lida e entende a saúde e doença varia com as sociedades e com as culturas. A exemplo Santos *et al* (1992) e Martin, Quirino e Mari (2007), apresentam em seus estudos variações dos significados, manifestações e enfrentamento da saúde e doença.

Santos *et al.* (1992), pesquisou sobre perturbações da normalidade sócio-cultural. Preocuparam-se em entender como é percebida a loucura bem como o significado do atendimento psiquiátrico em determinada comunidade urbana do estado de São Paulo, mais especificamente no município de Embu. A amostra constituiu-se de casos de pacientes psiquiátricos organizados no fichário do posto de saúde local, incluindo trechos selecionados das entrevistas com pacientes e outros informantes da comunidade. Constataram que praticamente não existiam loucos e sim atos de loucura. A loucura, por sua vez, foi apontada como desvio de conduta, como consequência de uma fatalidade, como presença de espíritos maus, como consequência da rejeição do pai e como “defeito de fábrica”. Dentro dessa percepção, as técnicas de acompanhamento de casos de loucura

revelaram que a família não assiste o paciente de maneira eficiente, não se preocupando, por exemplo, em repor o seu medicamento. Além disso, não se ficou claro na comunidade a importância conferida ao médico e a medicina.

Martin, Quirino e Mari (2007) analisou o significado da depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. A pesquisa foi realizada com 16 mulheres com diagnóstico de depressão. Os resultados evidenciaram que todas as entrevistadas identificaram a origem da doença em eventos passados como: morte de filho, episódios violentos ligados ao tráfico de drogas, desemprego e agressividade do companheiro. A depressão era percebida como uma forma de expressar sentimentos, como a infelicidade num contexto de pobreza e violência.

As significações lançadas sobre loucura e depressão nos estudos citados, nada mais são que os símbolos culturais abalizados por Geertz (1926), ou seja, são “fontes extrínsecas de informações para a organização do processo social e psicológico” que passam a “desempenhar um papel crucial nas situações onde está faltando o tipo particular de informação que eles contêm, onde os guias institucionalizados de comportamento, pensamento ou sentimento são fracos ou estão ausente”.

Neste sentido, é importante destacar, uma vez que a cultura permite entender as experiências relacionadas à saúde e à doença, as problemáticas inerentes não devem ser analisadas de forma isoladas, mas buscando compreender a sua interligação.

A antropologia, portanto, é um conhecimento para entender o método a ser estudado. Raynaut (2006) concorda que a antropologia nessa perspectiva contribui para a compreensão de que as pessoas são produtoras de sentidos sempre preocupadas em encontrar soluções por pior que seja sua situação de saúde.

Ademais, a perspectiva antropológica requer que, quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos – através dos quais

expressam visão de mundo própria que orienta as suas práticas, conhecimentos e atitudes. A esse procedimento se denomina relativismo cultural (LANGDON e WIJK, 2010). Trata-se de uma forma mais simples de entender o outro, suas particularidades, as significações e modo de vida.

É plausível de destaque que na busca da cura ou tratamento da doença mental as formas são surpreendentes. Algumas culturas procuram tratar certas doenças através do auxílio de “líderes religiosos” e os resultados provenientes dependem das expectativas existentes. Na sociedade contemporânea predomina o uso da biomedicina, mas podem ser citadas as “terapias florais, homeopatia, medicina oriental, fitoterapia, entre outras” (MARTIN, 2008).

Nesse contexto, Kleinman (1980) apud Helman (2009, p.80) aponta que existem três setores de cuidados de saúde ligados, logicamente, aos aspectos socioculturais. Esclarece que cada setor tem formas particulares para explicar e tratar saúde. São eles: o setor informal, o setor popular e o setor profissional. O primeiro inclui as opções terapêuticas que as pessoas usam sem custos com terceiros ou consultas a curandeiros ou a clínica médica. Trata-se do autotratamento ou automedicação, conselhos obtidos por familiares ou pessoas que apresentam experiências com doença ou tratamento específico e as atividades de cura em igrejas ou com grupos de autoajuda. O segundo setor é formado por indivíduos especializados em formas de cura sagradas ou seculares, ou uma mistura das duas. Trata-se dos curandeiros, como: os quiropráticos, parteiras, pessoas que extraem dentes ou herbalistas, os que realizam curas espirituais, clarividentes e xamãs. O terceiro, “compreende as profissões de cura organizadas, legalmente sancionadas, como a medicina científica ocidental moderna”, a chamada biomedicina.

Essas diversas formas de tratamento e cura que cada sujeito busca como resposta para seu estado de saúde reafirma que o processo saúde e doença é resultado da articulação entre o biológico, o cultural e a experiência subjetiva.

No campo da saúde mental há forte relação entre saúde, doença e cultura, pois as significações dos problemas de saúde mental estão relacionadas ao contexto sociocultural. Guimarães (2010) acrescenta que “as categorias culturais usadas para formular a doença encontram ressonância nos símbolos dados pela religião e pela magia” mostrando a forte relação que há entre as crenças religiosas e a sintomatologia na área da saúde mental. A autora cita como exemplo que “a desagregação do pensamento, o isolamento, os delírios e alucinações”, sintomas da esquizofrenia, são vistos pelos pacientes como “uma expressão de forças externas de conteúdos mágico-religiosos”. Esse processo mostra a forte influência da cultura na explicação dos fenômenos. Para os familiares do paciente essa visão alicerçada nos aspectos socioculturais também é observada e serve de explicação para suas expectativas. A melhor compreensão dessa relação deve ser explorada de forma a contribuir com a melhoria das condições de vida de pacientes e familiares norteando as ações dos profissionais de saúde.

## **CAPÍTULO II**

### **2. Objetivo Geral**

Compreender a visão dos agentes comunitários sobre os problemas de saúde mental.

#### **2.1. Objetivo Específico**

Compreender a forma como os ACS lidam com os casos de problema de saúde mental.

### **3. METODOLOGIA**

Este trabalho configura-se em uma pesquisa etnográfica, proveniente do referencial teórico da Antropologia.

Perpetrando referência as ideias de Geertz, Nakamura (2008, p. 21) explica que este tipo de trabalho vai além do entrevistar, do observar, do apreender, do localizar, do representar e do escrever o diário de campo, inclui “a capacidade de o pesquisador realizar uma descrição densa, no sentido de que os dados não são apenas apreendidos, mas devem ser interpretados para que seus vários significados possam ser revelados”.

A autora ressalta que a ideia do trabalho em um primeiro momento é “transformar o exótico no familiar” e posteriormente o “familiar em exótico”. Em outras palavras, o pesquisador, no momento da pesquisa em campo, precisa olhar o outro afastando-se do que considera normal, certo ou errado, puro ou impuro, retornando ao seu contexto para a interpretação dos dados coletados.

Em geral, o trabalho etnográfico, garante a validade das conclusões e principalmente compartilha as dificuldades e os problemas, os acertos e as possibilidades do estudo (PEREIRA, 2004, p.32).

#### **3.1 O local de estudo.**

Para atender o objetivo proposto do trabalho, viabilizou-se a realização da pesquisa no Programa Saúde da Família da USAFA Tude Bastos, situado no município de Praia Grande, litoral sudeste do estado de São Paulo, mais especificamente, na baixada santista.

A escolha do município justifica-se em especial pelo desenvolvimento da atenção primária na região e, da unidade pelas características da comunidade local, que se diferencia de outras regiões por comportar uma

população residente em área urbana e rural e apresentar problemas sociais como criminalidade, habitacional e saúde.

De acordo com a Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande (2009), a saúde mental no município nos anos de 2005 a 2009 apresentou uma média de 6,6 óbitos/ano por transtornos mentais e comportamentais e uma média de 24,2 óbitos/ano por doenças do sistema nervoso.

Na assistência à saúde mental, o município de Praia Grande dispõe de um ambulatório que atende nas especialidades de psiquiatria, psicologia e assistência social; um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) que atende um número pré-estabelecido de 220 pacientes, de acordo com o processo de credenciamento junto ao Ministério da Saúde; um Núcleo de Reabilitação Física e Mental que atende pacientes especiais até 12 anos, crianças e adultos com déficit auditivo com necessidade ou não de protetização. Trabalha com equipe multidisciplinar composta por pediatra, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais; Psicólogas nos Programas de DST/AIDS, TB e HS; Capacitação em Terapia Sistêmica Familiar. (PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE, 2009).

Faz-se relevante destacar que até o ano de 1988, Praia Grande contava apenas com um Centro de Saúde. De 1989 a 1992 foram criadas seis unidades de saúde com ênfase para a abertura do CEMAS (Centro de Especialidades Médicas, Ambulatoriais e Sociais) e dos serviços voltados para a Saúde Mental e de atenção a crianças e adolescentes especiais. Logo, entre 1993 a 1996, quatro unidades básicas de saúde (UBS), dois prontos socorros e um centro de moléstias infecto contagiosas foram criados. As UBS expandiram-se para 13 e os prontos socorros para 5 entre 1997 a 2000. Em 2001 surge a Portaria de qualificação do município de Praia Grande ao PSF. No mesmo ano foi criada a USAFA (Unidade de Saúde da Família), concebida para acomodar as equipes e as ações a serem desenvolvidas, principalmente no que diz respeito às ações com a comunidade. (LOPES, 2005).

De 2004 a 2005 já tinham em ação 11 Programas Saúde da Família e 36 equipes no município (LOPES, 2005). Em 2008, para dar retaguarda às equipes de saúde da família, com uma equipe formada por um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, um ginecologista e um pediatra foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). (PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE, 2009).

Atualmente, o município conta com 16 USAFA e 4 UBS.

A expansão da rede de saúde em Praia Grande traduz o investimento da administração na melhoria do acesso da população ao atendimento de saúde, bem como a modificação do modelo de assistência à saúde, com a expansão da Estratégia Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família aumentou a qualidade das consultas ambulatoriais e a sua resolubilidade, uma vez que tem como foco a prevenção de doenças, além de desenvolver ações de assistência. (PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE, 2009).

Diante dos dados e das mudanças descritas da rede de saúde do município de Praia Grande, sobretudo da estrutura organizada do Programa Saúde da Família, surgiu o interesse para realização da pesquisa na região.

### **3.2 Participantes do estudo.**

A pesquisa limitou-se aos agentes comunitários de saúde dos quais, participaram 15 agentes do Programa Saúde da Família Tude Bastos:

- 12 mulheres e 3 homens;
- Idades entre 22 a 50 anos (média 34,6 anos);
- Todos com ensino médio completo (antigo segundo grau) e alguns com cursos técnicos ou cursando ensino superior;
- Apresentaram religião católica, evangélica, espírita e canoblecista, sendo a maioria católicos;



- Tempo de serviço de 2 meses a 7 anos.

Quanto a questões éticas relacionadas ao trabalho, todas foram obedecidas, desde a formalização do compromisso em não divulgar o nome dos participantes, realização de perguntas sem exigência de respostas, compromisso do pesquisador em divulgar dados não inferindo o direito dos sujeitos pesquisados a submissão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE aos mesmos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos- UNISANTOS e aprovado sob o nº de processo: 340.8.2011.

### **3.3 O trabalho de campo.**

No período de 16 de março a 02 de junho de 2011 foram realizadas a observação etnográfica e as entrevistas em profundidade da população de estudo.

Em conformidade com essas duas etapas, a pesquisa iniciou-se com o propósito de entender o fluxograma de funcionamento da unidade e as atividades de cada profissional. Assim, foi prosseguida de cada dia de observação em um setor de serviço de maior fluxo de pessoas. Esse processo durou cinco dias, das 8h30min às 16h, passando pela recepção, sala de espera, farmácia, sala de curativo, sala de procedimentos e sala dos agentes comunitários. As salas de curativo e de procedimentos foram observadas juntas, visto que localizavam-se próximas uma da outra.

Vale ressaltar, que se fez necessário tal procedimento para uma melhor compreensão do trabalho do agente comunitário dentro e fora da unidade, em especial no domicílio de cada usuário do sistema de saúde público. Entre os itens considerados na observação dentro da unidade, foram incluídos a estrutura física, os recursos humanos envolvidos na assistência oferecida aos usuários do sistema, o fluxo de pacientes, relação

profissional/profissional e a rotina do local. No serviço externo e em domicílio foram levantados dados sobre a relação e o convívio do agente com o paciente e família; as condições, as formas e a rotina de trabalho.

No quinto dia, realizou-se a primeira visita domiciliar na presença de agentes comunitários. Os dias seguintes foram destinados para as observações nas visitas em domicílio, mais especificamente nas casas das famílias com membro portador de algum problema de saúde mental. Para tanto, foi elaborado um cronograma constando um dia da semana para cada agente.

Dessa forma, as observações realizadas no decorrer do trabalho do agente comunitário em domicílio seguiram-se até o dia 27 de abril. Ressalta-se que as chuvas dificultaram a realização das visitas nas datas programadas, visto que as mesmas se fizeram a pé e haviam lugares inacessíveis nos dias chuvosos.

Do dia 02 de maio a 02 de junho ocorreram as entrevistas em profundidade com os agentes, na unidade. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, que consta no anexo I, levantando temas como: Caracterização dos agentes comunitários de saúde; Caracterização da população de abrangência do agente comunitário; Organização das atividades do agente; Satisfação do agente com o trabalho; A saúde mental na visão do agente; A saúde mental e trabalho do agente comunitário de saúde: relação.

Esse período se estendeu devido às ocupações, cursos, férias, disponibilidade de sala e horário dos agentes comunitários.

### **3.4 Análise dos resultados.**

O roteiro semiestruturado, elaborado para entrevista dos agentes comunitários de saúde, foi desenvolvido baseado nos objetivos deste

trabalho e sofreu alterações após observação etnográfica registrada em diário de campo.

As entrevistas baseadas no roteiro foram gravadas e transcritas na íntegra, com duração média de 40 minutos à uma hora.

Após leitura exaustiva das transcrições dos relatos e da observação etnográfica seguiu-se a categorização das entrevistas em profundidade de acordo com o objetivo do estudo. Partindo dessa categorização, a etapa seguinte consistiu na interpretação das entrevistas baseada em referenciais teóricos da antropologia.

Segundo Martin *et. al.* (2006) o componente qualitativo presente na pesquisa antropológica não se refere à descrição pura e simples da realidade ou da interpretação que as pessoas elaboram acerca dela, mas consiste essencialmente em empregar atos, fatos, falas e interpretações para formar um modelo lógico que seja explicativo dessa realidade, na maioria das vezes inacessível aos indivíduos. Nesse contexto é que se compreendem as significações.

### **CAPÍTULO III**

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.**

Para apresentação e discussão dos resultados o texto foi necessariamente dividido em três etapas. A primeira segue com a descrição do bairro Tude Bastos e da população local. A segunda apresenta a caracterização da unidade saúde da família e recursos humanos. A terceira surge para a discussão principal deste trabalho, a visão do agente comunitário sobre os problemas de saúde mental.

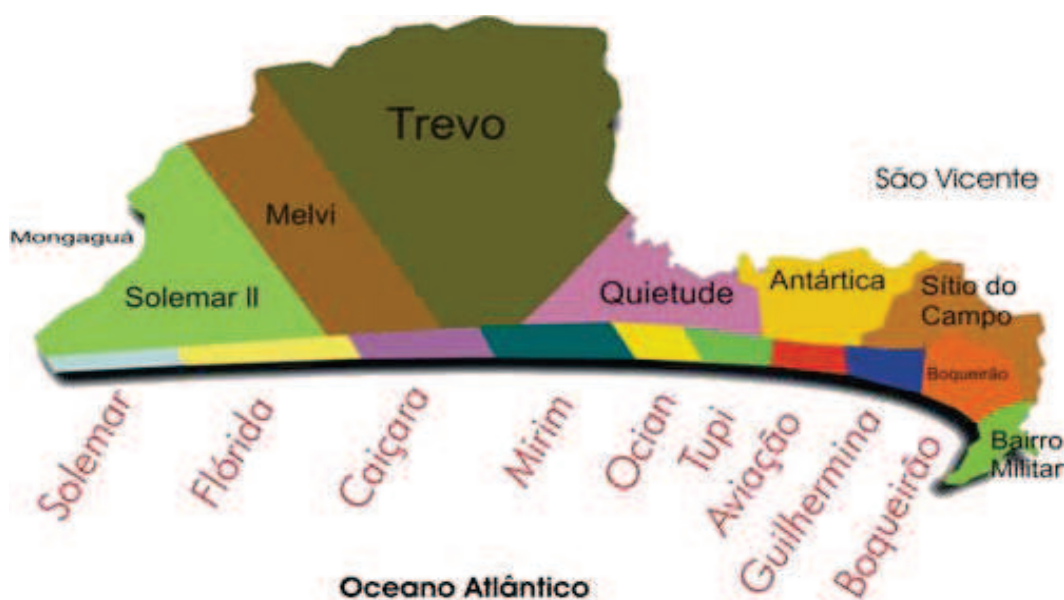
#### 4.1 Descrição do campo.

O bairro Tude Bastos, também conhecido como Sítio do Campo, localiza-se no município de Praia Grande. Situado no litoral sudeste do estado de São Paulo, na região metropolitana da Baixada Santista, o bairro está localizado no início da cidade fazendo divisa com São Vicente, município também da Baixada.

Conforme dados da Fundação SEAD- SP (2011), a população de Praia Grande é de 269.473 habitantes. Até 2000, 98,18% de sua população servida por abastecimento de água e 57,64 % com acesso a esgoto sanitário.

Abaixo seguem o mapa do município de Praia Grande e um recorte do mapa da cidade expondo o bairro Tude Bastos.

Figura 1: Mapa do município de Praia Grande.



Fonte: Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, 2011

Figura 2: Bairro Tude Bastos (Sítio do Campo)



Fonte: Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, 2011.

A USAFA Tude Bastos, situada no bairro de mesmo nome e localizada no município de Praia Grande, foi o campo escolhido para realização da pesquisa. A observação etnográfica no local teve início no mês de março, como já mencionado.

Para caracterização do bairro, onde está localizada a USAFA Tude Bastos, é interessante fazer nota sobre a importante contribuição da população alvo da pesquisa, a qual sempre disponibilizou informações e explicação sobre o que era questionado.

Em nota sobre a origem do bairro, nas palavras dos entrevistados, teve início a partir do Sr. Tude Bastos, homem com grande poder aquisitivo que chegou ao município de Praia Grande e comprou as terras que hoje segue com o seu nome. Informaram que o Sr. Tude Bastos arrendava suas terras a japoneses para plantação de chuchu, mas aos poucos esse povo deixou as terras seguindo para outras localidades de São Paulo. Em consequência disso, pessoas do norte e nordeste do país tomaram a área através da compra de terras. Atualmente, o Sr. Tude Bastos, já falecido, deixou sua família residindo na região e com terras ainda de sua propriedade.

A urbanização do bairro não atinge toda a região, existe uma extensa área de mato conhecido como Caminho Velho, de propriedade do Sr. Tude Bastos, cedida a famílias carentes no intuito de não permitir a invasão das terras. Essas famílias são no total sete e residem na área cedida contribuindo apenas com o pagamento da energia. A rede elétrica e o sistema hidráulico são feitos de forma desordenada. Suas moradias têm características semelhantes: cercadas com madeira ou telas de metal, casas mal conservadas construídas com tijolos ou madeira, de chão batido de terra ou piso grosso, criação de aves e animais domésticos.

A visita ao local com o agente comunitário foi adiada duas vezes devido às condições de acessibilidade. A região alaga em dias de chuva e dificulta o fluxo contínuo dos moradores e a realização das atividades dos agentes.

O Caminho Velho, conhecido assim por toda a população do bairro, tem a presença marcante do narcotráfico e por possuir extensa área de mato fechado é usado para diversas práticas ilegais.

Abaixo seguem imagens das propriedades da família do Sr. Tude.

Figura 3: Rua que reside a família do Sr. Tude Bastos e que dá acesso ao Caminho Velho.



As proximidades da entrada principal do Caminho Velho dispõem de residências com aspectos diferenciados das demais da região, o que exemplifica a diversidade das condições socioeconômicas do bairro. São residências que representam melhores condições econômicas e sociais das pessoas. Entrando no Caminho Velho o cenário muda, as casas são simples e mal conservadas.

Figura 4: Entrada do Caminho Velho com placa indicando propriedade particular.



Figura 5: Entrada do Caminho Velho.



A partir da Figura 4 e 5 é possível observar como a área é composta de muitas árvores e mato. Na entrada a presença de um portão de madeira e uma placa destinada para demarcação da propriedade particular. As ruas são caminhos abertos pelos moradores para terem acesso a suas casas.

A coleta de lixo não é realizada no ambiente. Na entrada, há uma grande lixeira, cabe aos moradores levarem o lixo até ela. Observou-se que quando não levam, deixam nos arredores da propriedade. As condições do local são objeto de queixas constantes das pessoas que residem na localidade. Há presença de mosquitos, insetos e répteis. Houve, inclusive, casos de animais mortos por picada de cobra.

Figura 6: Residência 1





Figura 7: Residência 2



As Figuras 6 e 7 são imagens das residências das famílias que moram no chamado Caminho Velho. Nota-se que as condições de moradias são bem semelhantes uma com a outra, como já mencionado. As casas tem estrutura física não planejada e de difícil acesso.

Pode-se proferir, que no bairro Tude Bastos incluindo a área não urbanizada, apresenta três tipos de moradia de propriedade própria ou alugada. Seguem em imagens abaixo.

Figura 8: Residências tipo 1



As residências da Figura 8 são casas que representam uma melhor condição financeira e social dos moradores. Essa população, em parte, utiliza dos serviços do setor privado da saúde e unidades escolares também privadas. Dispõem de casas muradas, com portões de alumínio ou design diferenciado, campainha eletrônica, internet em casa, transporte próprio e ruas pavimentadas.

Figura 9: Residência tipo 2



As moradias da Figura 9 têm aspectos inferiores quando comparadas ao primeiro tipo, o que representa condição financeira média dos moradores. As casas estão em mau estado, sem pintura nova ou nenhuma, outras sem reboco, ausência de portões. Alguns moradores dispõem de transporte próprio, outros, porém, pouco utiliza do setor privado da saúde, conforme observado. As ruas, não todas, são pavimentadas.

Figura 10: Residências tipo 3.



As condições de moradia da Figura 10 caracterizam a população pobre do bairro. Essa população inclui os residentes do Caminho Velho. Em sua totalidade são casas mal planejadas e mal localizadas ou improvisadas. Com irregularidades na rede elétrica e no sistema hidráulico, localizadas em sua maioria nas regiões não pavimentadas. A maioria situada nas proximidades da área de mato.

De modo geral, o bairro Tude Bastos não apresenta em toda a sua extensão tratamento de esgoto, limpeza e canalização de córregos. As residências se distribuem em sobrados, casas próprias e de aluguel, condomínios fechados e abertos, prédios com três andares no máximo e casas geminadas e sobrepostas.

Na educação há seis escolas, duas da prefeitura destinadas a 1º educação infantil, uma do Estado com ensino fundamental e três particulares. Uma dispendo de berçário e educação infantil, outra ensino médio e a terceira educação infantil.

Observou-se que o comércio local é bastante diversificado. Existe desde empresas de grande porte a pequenas lojas e vendedores ambulantes. A maioria localizada nas avenidas principais do bairro e proximidades. Observou-se dois restaurantes, uma peixaria, bares, quatro *lan houses*, quatro supermercados, um açougue e outros dentro de supermercados, uma autoescola, cinco lojas de vendas de material de construção, uma fábrica de chocolate e outra de sorvete, duas distribuidoras de água, lojas de bazar, diversas oficinas mecânicas, cinco pizzarias, uma lanchonete, posto de gasolina, um shopping, salões de beleza, uma transportadora de transporte, uma farmácia e outros comércios de pequeno porte.

O comércio informal dispõe de alimentos caseiros e materiais diversos como tapetes e roupas comercializados por moradores de casa em casa ou por carros de som anunciando o produto. Algumas pessoas escrevem à tinta ou fixam em seus muros placas feitas a mão anunciando o produto à venda.

Nas terças-feiras e domingos acontece a feira em dois locais do bairro, um logo na entrada e o outro no final, os produtos são do CEASA-SP. Nota-se que nesses dias boa parte da população está presente no local, seus membros utilizam do momento para não somente realizarem suas compras, mas também para conversarem uns com os outros. Trocam informações sobre a saúde de familiares e amigos e acontecimentos trágicos e importantes do bairro. Além das visitas domiciliares com agentes comunitários, a visita à feira foi um momento importante para a coleta de informações, visto que os agentes iam ao local para tomar lanche e eram abordados pela população. Observou-se que o contato dos agentes com a população é muito próximo.

A religião também está presente na localidade. Encontram-se igrejas católicas e uma diversidade de igrejas evangélicas. Os centros espíritas e as religiões de origens africanas fazem parte desse contexto.

No bairro também encontram-se um terminal rodoviário e dois centros públicos destinados para capacitação profissional. Um é oferecido para todas as idades e dispõe de ensino sobre bordados, artesanato e esportes

em geral. O outro é exclusivo para jovens com idade de 14 a 18 anos e tem como objetivo a inserção desses jovens no mercado de trabalho através da capacitação em diversas áreas profissionais.

Na saúde, encontram-se três consultórios dentários de caráter privado, duas clínicas veterinária e a unidade saúde da família muito utilizada pela população e onde foi realizada a pesquisa.

No quesito lazer, cultura e segurança o bairro apresenta três quadras poliesportivas para crianças e jovens, um ginásio de esportes, espaço com academia ao ar livre e pista de atletismo. Observou-se que era utilizado pela população local para a realização de exercícios físicos. Há também um teatro, uma igreja católica tida como patrimônio histórico, um posto policial, um clube municipal com local de pesca e ambientes para piquenique e festas. O clube fica nas proximidades da área de mato e no final de semana é realizada uma festa muito conhecida com o nome de “fórró do mato”, assim chamada porque quando há ronda policial os sujeitos que fazem uso, compra e venda de droga no ambiente buscam o mato como esconderijo.

Apesar de haver ronda policial constante nos arredores das residências, o tráfico de drogas com pontos de vendas em diversos locais do bairro e o uso da substância ao ar livre é presente corriqueiramente. Segundo os moradores essa prática ilegal se tornou “normal” e o convívio com os chefes do tráfico e usuários de droga não é considerado um problema. Moradores relataram que eles (os traficantes) “auxiliam na segurança do bairro”, não roubam os moradores do local e impedem que ladrões de outras regiões invadam a área para roubar.

É importante destacar que a população local categoriza o município de Praia Grande em três regiões: zona um, dois e três. A zona um, os bairros de área nobre próximos da praia; zona dois, os bairros de área intermediária da qual seus moradores têm uma renda salarial média em comparação com a primeira zona; zona três os bairros periféricos composto de moradores de classe financeiramente baixa.

O bairro Tude Bastos é considerado periferia, porém um dos mais desenvolvidos quando comparado com outros bairros da zona três.

Observou-se que apesar das características marcantes do Tude nos aspectos de infraestrutura, moradia, comércio, lazer, cultura e segurança, os moradores reclamam da ausência de investimentos no setor da saúde pública e tratamento dos canais localizados no bairro que totalizam três.

#### **4.1.2 População local.**

Na entrada do bairro o fluxo de transportes é contínuo e o movimento do comércio nas grandes lojas é intenso. No interior do bairro a população local circula tranquilamente, uns logo cedo iniciam suas atividades corriqueiras, outros estão de pé no final da manhã.

Jovens, adultos e idosos se deslocam com transporte próprio ou coletivo para o trabalho enquanto as crianças seguem para a escola durante o dia, acompanhadas de um responsável ou sozinhas.

Alguns moradores se sentam a porta de casa para ver o movimento e conversar com os vizinhos. Em outras áreas, pessoas praticam atividades ilegais sem causar hostilidade à população local que passa e vê.

Observam-se muitas crianças na região e sempre são encontradas brincando nas ruas com suas bicicletas ou brinquedos improvisados feitos de sucata. Costumam divertir-se com as tradicionais brincadeiras de rua: amarelinha, esconde-esconde, futebol e outras.

Os jovens, os adultos e os idosos sempre que abordados são solidários e dispõem de qualquer informação que lhes é solicitado. Em suas residências recebem com gentileza, alguns convidam para entrar e sentar e até para tomar um lanche e conversam tranquilamente sobre suas vidas.

Entre os vizinhos observa-se uma relação de auxílio mútuo, recebem correspondência um do outro, guardam recados e trocam informações.

De modo geral, todos dividem características semelhantes no modo de falar, de se vestir e de comportamento.

## 4.2 Unidade: USAFA Tude Bastos.

Figura 11: USAFA Tude Bastos



A USAFA Tude Bastos está situada na rua Maria Luiza Lavallo, nº 68, CEP 11725410 e foi fundada em 2004 no lugar de uma unidade básica de saúde (UBS) que não possuía equipes do PSF.

Apresenta como mantenedora a Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Praia Grande.

A unidade foi cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de nº 4049268, em 25 de novembro de 2003, como centro de saúde/ unidade básica de natureza administrativa direta da saúde (MS, SES, SMS) e atua conforme o seu cadastramento. (CNES, 2011)

Toda USAFA deve atuar dentro de uma infra- estrutura arquitetônica definida no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/ Saúde da Família. Este Manual segue os princípios da Resolução da



Diretoria Colegiada - RDC nº 50/ Anvisa/fevereiro/2002, que dispõe sobre a Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). (BRASIL, 2008b).

O Manual visa contribuir para o planejamento, programação e elaboração de construção de espaços adequados à realidade proposta para implantação do Programa, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados. (Idem)

Desta forma, seguem-se descrições da estrutura física da USAFA Tude Bastos com foco nos setores de maior fluxo de atendimento ou pessoas. Vale ressaltar que algumas irregularidades observadas *in loco* são motivos de reclamações constantes dos servidores e usuários da unidade.

Sala de recepção: dispõe de balcão, sem grades ou vidros separando trabalhador e usuário. Ausência de quadro para informativos. Contempla espaço para arquivo de prontuários, dos quais são arquivados conforme grupo de família. Há infiltrações nas paredes e teto devido ao clima úmido e defeito na porta de entrada.

Sala de espera: espaço com assentos destinados aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardam o atendimento pelo profissional da SF. Para atender a população do Tude Bastos e contemplar as normas que regem a estrutura para as equipes de saúde da família da unidade, a sala comporta aproximadamente 45 pessoas.

Administração e gerência: o local é destinado às atividades administrativas da USAFA e corresponde a uma sala de fácil acesso a funcionários e acesso controlado aos usuários, porém, com espaço insuficiente para a circulação de pessoas.

Sala de reunião: a unidade contempla uma sala de reuniões adequada aos agentes comunitários, visto que os mesmos não apresentam sala própria. Contém uma mesa de trabalho com tamanho suficiente para as atividades, dois armários, cadeiras para os agentes e população que procura-os na sala, quadro branco instalado, televisão e DVD. Há infiltrações nas paredes e teto devido ao clima úmido e também com defeito na porta.

Farmácia: dispõe de dimensão, luminosidade e temperatura inadequada para o armazenamento e segurança, além de equipamentos, recursos humanos e procedimentos que atendam as boas práticas de dispensação, conforme informado pela responsável do local. A Farmácia propicia acesso independente, de forma a não permitir a circulação desnecessária de pessoas no ambiente. Como responsável, tem uma técnica farmacêutica cursando faculdade de farmácia.

Consultórios médico: existem quatro consultórios com espaço destinado aos atendimentos individuais. Dois dos consultórios, destinados a uso ginecológico.

Sanitários: apresenta dois banheiros um para uso masculino e outro feminino com sanitários destinados as pessoas portadoras de necessidades especiais. Não apresenta banheiro para uso exclusivo dos funcionários. Como solução os profissionais fecham a porta dos sanitários destinados a pessoas com necessidades especiais á chave para uso próprio.

Copa/Cozinha: de acesso fácil e restrito a funcionários, com má iluminação e ventilação por ser muito pequena.

Ademais consta o almoxarifado; sala de procedimentos; sala de vacinas; duas salas de enfermagem; sala de curativo; consultório odontológico; área de serviço e depósito de material de limpeza; sala para esterilização de materiais; depósito de lixo.

#### **4.2.1 Recursos humanos.**

A equipe de funcionários da USAFA Tude Bastos é composta de uma técnica farmacêutica, duas recepcionistas, um operador de sistema de informação, uma diretora, uma agente administrativa, três enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, 15 agentes comunitários, uma dentista, uma auxiliar técnico dentário, dois médicos, dois serventes de serviços gerais. Todos atualmente efetivados.

Existem na unidade três equipes de saúde da família, uma com ausência de profissional médico há um ano, por motivo de doença e auxiliar de enfermagem. Cada uma é separada por cor, com cadastro no CNES e todos os servidores com carga horária de trabalho de 40 horas semanais.

O Programa do Tude Bastos recebe o amparo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse Núcleo dá retaguarda às equipes disponibilizando uma ginecologista e um pediatra.

Abaixo segue tabela dispendo da distribuição das equipes do PSF.

Quadro 1: As equipes do PSF no período da pesquisa.

EQUIPE VERMELHA	EQUIPE VERDE	EQUIPE AMARELA
1 Médica	1 Médico	1 Médico afastado do cargo por motivos de saúde.
1 Enfermeira	1 Enfermeira	1 Enfermeira
2 Aux. de enfermagem	2 Aux. de enfermagem	1 Aux. de enfermagem
5 Agentes comunitários	5 Agentes comunitários	5 Agentes comunitários

#### 4.2.2 Funcionamento e demanda.

A unidade atende no nível da atenção primária fornecendo serviços ambulatoriais e serviços odontológicos. Desta forma, iniciam suas atividades às 7h 30min e prossegue até às 12h no turno da manhã, a tarde das 13h às 17h.

Os serviços da USAFA Tude Bastos, disponíveis apenas para a comunidade do bairro, são oferecidos conforme organização das atividades

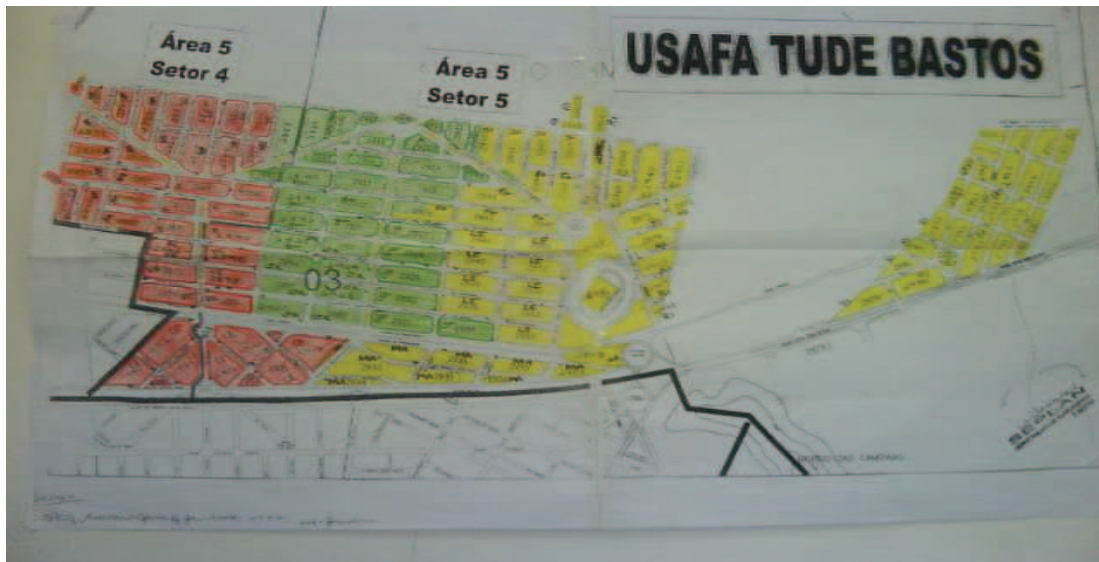
das equipes do PSF. Cada família pertence a uma equipe a qual é atendida apenas pelos profissionais dela<sup>1</sup>. O agente comunitário é o responsável por fazer o cadastro de todos os moradores e separá-los por família.

Cada família cadastrada no Programa Saúde da Família recebe um cartão referente a cor de sua equipe responsável. Ao dirigir-se à unidade o usuário precisa ter em mãos esse documento, pois é através dele que as equipes também controlam e organizam suas atividades.

Para maior efetividade do PSF na região, o bairro Tude Bastos é dividido em três áreas atendendo o número de equipes da unidade. As áreas são subdivididas para atendimento domiciliar com o agente comunitário de saúde<sup>2</sup>.

Segue a divisão no mapa a abaixo.

Figura 12: Mapeamento do bairro conforme a atuação de cada equipe.



---

<sup>1</sup> Na ausência do médico da equipe amarela, as famílias recebiam acompanhamento com a enfermeira. Em casos graves eram encaminhados a um médico de outra equipe. Esta situação era reclamação constante da população ao agente comunitário em visita domiciliar.

<sup>2</sup> No início da pesquisa a unidade contava apenas com treze agentes comunitários. O que permitia algumas famílias não ter atendimento domiciliar com o agente comunitário de saúde. Após dois meses do início dessa pesquisa chegaram a unidade dois outros novos agentes.

Fonte: Mapeamento aprovado pela Secretaria de Planejamento Estratégico e Gestão para o PSF do Tude Bastos.

Cada agente acompanha em média 284,87 famílias, um total médio de 7,63 quadras. Segue tal demonstrativo na tabela abaixo.

Quadro 2: Número de famílias e quadras atendidas por agente comunitário e equipe.

<b>Equipe amarela</b>	<b>Número de famílias</b>	<b>Número de quadras</b>
Agente 14	268	6
Agente 5	355	13
Agente 7	435	9
Agente 6	200	11
Agente 4	203	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>1.461</b>	<b>43,5</b>
<b>Equipe verde</b>	<b>Número de Famílias</b>	<b>Número de quadras</b>
Agente 8	252	4
Agente 1	301	7,5
Agente 15	258	6,5
Agente 9	254	7,5
Agente 13	200	6
<b>TOTAL</b>	<b>1.265</b>	<b>31,5</b>
<b>Equipe vermelha</b>	<b>Número de Famílias</b>	<b>Número de quadras</b>
Agente 11	400	11
Agente 3	239	5,5
Agente 10	256	6
Agente 12	247	10
Agente 2	405	6
<b>TOTAL</b>	<b>1.547</b>	<b>38,5</b>

Em paralelo, os prontuários são separados pelo número de equipes, cada um correspondente a uma família.

Como dito anteriormente, a USAFA Tude Bastos atende no nível da atenção primária, suas atividades são realizadas pelas equipes do PSF que foram passíveis de observação na unidade e têm como base o serviço do agente comunitário.

Em geral, o Programa atende dando prioridade as gestantes e a pessoas com diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase. O agente comunitário faz a busca ativa dessa população acompanhando o caso de cada um para manter informados os membros de sua equipe. Suas atividades<sup>3</sup> correspondem a realizar mapeamento da área identificando indivíduos e famílias expostos a situações de risco, orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde encaminhando-as e até agendando consultas, exames<sup>4</sup> e atendimento odontológico, realizar ações e atividades no nível de sua competência desenvolvendo ações de educação e vigilância à saúde.

Das atividades diversas que o agente comunitário participa dentro do nível de sua competência no Tude Bastos, apresentam-se o acompanhamento da vacinação da criança, através do cartão de vacina e a saúde do idoso; acompanhamento do médico ou enfermeira em visita domiciliar a pessoas acamadas que estão impossibilitadas de se dirigir à unidade.

Conforme informado por agente, quando o responsável não leva a criança para vacinação e se nega a cumprir esta responsabilidade, cabe ao agente informar à enfermeira, que registra o caso em seu relatório final e

---

<sup>3</sup> O serviço do agente comunitário de saúde é suspenso quando chove. No decorrer da pesquisa além das chuvas, as visitas domiciliares foram suspensas devido "toque de recolhimento anunciado pela polícia.

<sup>4</sup> As unidades básicas de saúde de Praia Grande marcam consultas e exames no Centro de Especialidades Médicas e Assistência Social (CEMAS), uma unidade hospitalar de especialidades médicas do município de Praia Grande. Esse procedimento é reclamação constante dos agentes comunitários, uma vez que são eles os responsáveis de deixar no domicílio do paciente a guia de consulta ou exame. Questionam que esse fato costuma atrasar suas atividades, porque são muitas as guias para entrega.

envia para secretaria de saúde. O documento segue para o conselho tutelar, este se responsabiliza por realizar a visita ao responsável da criança e tomar medidas que mantenham a criança com a vacinação em dia.

Todas as quartas-feiras uma parte da população idosa participa de caminhada matinal acompanhada por um profissional de educação física de um centro de assistência social do bairro.<sup>5</sup> No início dessa atividade o idoso deixa na USAFA, sob a responsabilidade do agente comunitário, o seu cartão do idoso, ao final todos se dirigem a unidade para aferir pressão e pegá-lo de volta. O agente comunitário auxilia essa atividade verificando através do cartão se a pressão foi aferida.

Os serviços dos agentes comunitários dentro da unidade são disponíveis à população das 8h às 9h no turno da manhã e das 16h às 16h 50min no turno da tarde. O tempo restante é destinado para realização de suas atividades no domicílio.

### **4.3 Recorte do cotidiano de trabalho do agente comunitário.**

A descrição dos resultados do campo de estudo no momento da visita domiciliar segue abaixo para contextualizar o objeto do estudo, dar uma ideia da ação e reação do agente comunitário frente aos casos de problema de saúde mental. Por esse motivo, são incluídas somente algumas descrições do cotidiano do agente comunitário e não o universo total das visitas realizadas.

No total foram acompanhadas 79 visitas domiciliares, 29 residências com casos de pessoas com problema de saúde mental. Todas elas foram direcionadas pelos agentes comunitários.

---

<sup>5</sup> Além do grupo de idosos que participam da caminhada matinal, observou-se duas pessoas com problemas de saúde mental. Um rapaz com 28 anos e uma moça com idade não informada.

Os agentes, do momento que saem de suas casas para o trabalho até sua saída, são solicitados pela população local para fornecer informações sobre consultas, exames e equipe de profissionais. São abordados, inclusive durante e fora do horário de trabalho para conversar sobre a saúde ou situação de um morador. São através dessas conversas que se estreitam os laços entre comunidade e agente. Em conformidade, Cohn, Nakamura e Cohn (2005, p.179) afirmam que dessa proximidade “estabelece-se uma rede de informações, mediante a qual as famílias passam a informar os ACS sobre o que acontece na área atendida e os ACS passam, então, a conhecer mais profundamente os hábitos e o cotidiano das pessoas.”

Percebe-se, portanto, que as relações estabelecidas entre ACS e a comunidade representam importante ferramenta para o cuidado em saúde. A exemplo, certa vez, quando retornava com uma ACS a unidade após visita domiciliar, uma moradora a abordou para falar sobre a sua situação de saúde. Ficaram paradas conversando em uma calçada durante longos minutos. Ao final do diálogo, a moradora em tom alegre disse que não precisava mais da consulta com o médico porque tinha ido a uma curandeira e ela diagnosticou as suas dores abdominais como presença de verme. A agente insistiu sobre a necessidade da consulta médica, mas a moradora manteve-se inflexível agradecendo a atenção.

O contato próximo não é diferente quando se trata das pessoas com problema de saúde mental e suas famílias.

No decorrer da pesquisa, era comum na unidade de saúde ter a visita de L. (51 anos) portadora de transtorno mental grave. Esta se apresentava com roupas sujas e velhas, muitas vezes sem chinelo, com cabelo despenteado e andava de um lado para o outro conversando sozinha. A agente comunitária responsável pela área onde a moradora residia era chamada pelos funcionários da USAFA para encaminhá-la para fora da unidade. Em relato a agente disse que a presença de L. incomodava as pessoas pelo seu estado físico e mental e que não era necessário o medo.

Em visita domiciliar a essa moradora, observou-se que ela vive aos cuidados da família morando em um quarto pequeno em piso grosso, dentro



uma cama com um colchão velho e localizado no fundo da residência. Segue imagem na figura 13.

Figura 13: Residência da moradora L.



Outra residência visitada na companhia do agente foi a casa de um idoso viúvo e pai de três filhos com idades respectivamente 37, 38 e 34 anos. Os três com problemas de saúde mental grave desde que nasceram. A residência era uma casa humilde de tijolo e com pintura velha, mas com cômodos grandes que serviam para circulação dos filhos. No momento que chegamos, um estava próximo do portão verificando o movimento da rua, um outro estava sentado no chão da sala assistindo televisão enquanto o terceiro deitado no sofá coberto com lençol e com a roupa suja de urina. A sala não tinha um cheiro bom. Nas palavras do agente a situação dessa família é “de partir o coração” porque o pai, responsável por eles, já é idoso e não tem condições físicas e financeiras para dar um tratamento mais adequado aos filhos. Eles passam o dia dentro de casa e são tratados apenas com medicamentos. Um deles por vezes tem atitudes agressivas e os outros são sempre calmos.

Em conversa com uma agente sobre os casos de problema de saúde mental, foi mencionado o caso de uma família que evitava a visita domiciliar do agente. Esse fato chamou atenção e conversando com os vizinhos da família soube que a mãe tinha uma filha acamada e por isso proibia a entrada da agente na casa. A agente passou a visitar a residência com maior frequência para adquirir a confiança da mãe e então entrar para ver a situação da menina que os vizinhos relatavam. A agente relatou que no dia que conseguiu a autorização para entrar na casa deparou-se com uma jovem muito magra, deitada em uma cama, e com sintomas de “loucura”. A profissional insistiu com a família para levá-la a uma unidade de saúde mental, mas a mãe avisou que o problema da jovem tratava-se de um “encosto”. Após insistentes vezes a agente comunitária conseguiu convencer a mãe e levar a filha ao médico. Hoje a jovem apresenta-se bem, fora da cama e sob os cuidados médicos e de medicamentos.

Outro relato foi o caso vivenciado por uma agente que nos primeiros dias de trabalho como agente comunitária se deparou com uma situação de muito medo. Disse que estava realizando mapeamento das casas, batendo em porta em porta para cadastrar famílias. Em uma dessas casas um homem com cerca de 30 a 40 anos atendeu a porta e olhou fixamente para ela colocando a mão dentro do short e apalpando seu órgão sexual. A agente disse que sentiu muito medo e qualificou o sujeito como “louco”, disse que com certeza ele precisava de um tratamento médico e urgente. Ressaltou que saiu rapidamente da residência sem pedir mais informações e que só realiza visitas na casa na companhia de um agente do sexo masculino.

Junto com uma agente visitamos a residência de An. de 37 anos esquizofrênica e cadeirante. A mãe cuidadora de An. por ela necessitar de cuidados especiais, tem onze filhos.

Ao chegar na residência fomos recebidas pela mãe que nos levou até An. que exibe aparência muito jovem para a sua idade. Ela apresentava-se usando uma fralda e dentro de um berço com cheiro forte de urina e de madeira confeccionado conforme altura e tamanho adequado para sua

segurança e comodidade. An. em todo tempo mostrou-se agitada, puxava o cabelo e a roupa da mãe. Ao relatar a situação da filha, a mãe chorou e mencionou a ineficiência do serviço público de saúde que não dispõe assistência adequada para sua filha. A agente comunitária completou a fala da mãe relatando o que costuma fazer para ajudá-la. Disse que An. por usar fraldas e por não mover alguns membros do corpo necessita do uso de pomada para assadura mas a unidade de saúde pública não disponibiliza a quantidade necessária para uso mensal dela. Com isso a agente solicita a unidade pomadas dizendo ser para uso próprio explicando que necessita por ser obesa e repassa a pomada para os cuidados de An. Em conversa, a agente destacou a agitação de An., que não é freqüente, afirmou que a estação lunar pode ser a agravante do estado comportamental que apresentou nesse dia. Completou dizendo que talvez o estado emocional da mãe encadeou o comportamento agitado de An.

Essa mesma agente declarou acreditar que nesse mundo existem “certos tipos de seres que vivem para aprender com os outros e ensinar aos que estão ao seu redor.” Estas pessoas são os doentes mentais. As demais pessoas que sofrem de algum problema mental “são aquelas que não têm uma fé, uma esperança.”

Outra situação presenciada foi em visita domiciliar no Caminho Velho em uma residência onde a família é desprovida de energia elétrica por ausência da caixa de luz. A moradora do local relatou que foi roubada por uma vizinha, disse que invadiu sua casa no turno da noite e levou não apenas a caixa de luz, mas também parte de sua mobília. Conforme um agente comunitário a residente sofre de “desequilíbrio mental, fala coisa com coisa”, e provavelmente os materiais sumidos de sua residência foram vendidos ou trocados por droga pelos seus filhos. Na casa residem quatro pessoas mãe, pai, e dois filhos adolescentes. Nas palavras do agente comunitário, “todos com problema mental e despreocupados com a própria realidade”. O agente relatou que a família costuma passar necessidades financeiras e que através do seu serviço várias vezes tentou ajudá-los, levando o caso ao conhecimento de sua equipe do PSF. Disse que “a capacidade mental dos arrimos impede a solução do problema.” Os filhos,

menores de idade, estão fora da escola e o esposo é alcoólatra e catador de papelão na rua. Segue o local de moradia dessa família na imagem da figura 14.

Figura 14: Local de moradia de família residente no Caminho Velho.



#### **4.4 A VISÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL.**

Para a compreensão de como se deu esse momento do estudo, é imprescindível destacar a forma como o ACS percebe o problema de saúde mental a partir de três categorias, obtidos a partir da categorização da análise das entrevistas: Identificação dos casos; O que é problema de saúde mental; Os agentes comunitários de saúde e contribuições para o debate de políticas públicas em saúde mental.

Em paralelo, é relevante destacar que a riqueza dos resultados obtidos das entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde foi

surpreendente quando verificado o envolvimento dos mesmos com casos de problema de saúde mental.

#### **4.4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS.**

Das entrevistas e em conformidade com a observação realizada em campo evidenciam-se cinco formas de como o agente comunitário identifica um caso de problema de saúde mental.

##### **Identificação através do cadastro e da conversa com a família.**

O cadastro da família no PSF realizado em casa ou na USAFA quando o morador solicita e a conversa com a família durante a visita domiciliar ou fora do ambiente de trabalho do ACS foram as formas mais apontadas para a identificação de novos casos. As falas abaixo ilustram o exposto:

*“Identifico [...] quando eu vou fazer o cadastro e a pessoa fala que tem um distúrbio mental e apresenta uma, a receita[...] (ou) [...]a própria família que já tem já te fala[...].” (ACS 9)*

*“Foi no cadastramento, aí eu fui achando eles, assim de casa em casa. [...] conversa com a família mesmo, falando que a pessoa toma a medicação, que passa na saúde mental, aí eu acabei identificando.” (ACS 6)*

*“[...] foi conversando com a mãe no recadastramento da área que a mãe informou.” (ACS 14)*

*“Eu descobri no meu dia-a-dia, fora e dentro do trabalho, não foi passado (pela equipe do PSF) que existia o problema em si [...].” (ACS 5)*

*“Foi em busca mesmo, em campo, fechando a área né, fazendo a área para o SIAB né, que eu descobri mais uma moradora. Naquela casinha que tava vazia. Ela mesmo me pediu ajuda, o quê que ela poderia tá fazendo pra entrar em contato com o médico do posto, porque ela é dependente de alguns medicamentos que é dado pela prefeitura no CAPS. E então eu peguei todos os dados fiz o cartãozinho dela né, orientei em termos de conduta pra passar no médico, como pegar uma guia pra que ela seja encaminhada ao CAPS né, onde tem uma psicóloga que possa dar seguimento ao tratamento dela.”*

No momento do cadastro os agentes preenchem uma ficha com informações sobre saúde, moradia e dados adicionais da família com a finalidade de “conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções” (BRASIL, 2003, p.11). As informações seguem para um banco de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Este Sistema trata-se de um instrumento para o “acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família” (BRASIL, 2012).

Na ficha mencionada existe um campo para preenchimento da doença ou condição referida. Os problemas de saúde mental são notificados pela sigla ALC para alcoolismo, DME para distúrbio mental e EPI para epilepsia. No entanto, quando informado pelo morador ou outro informante que há alguém em dada residência que realiza tratamento na unidade de saúde mental, ou que faz uso de medicamento para um problema mental, o ACS notifica o caso como DME, mesmo tratando-se de situação de alcoolismo ou epilepsia. A fala de um ACS no momento da entrevista expõe o caso também observado *in locu*:

*“Olha, sem teoria, para nós acs's se a pessoa já está sendo acompanhada pela saúde mental já colocamos essa condição. Então, já que nós não somos capazes de diagnosticar nada nossa referência vai ser sempre saúde mental. O morador está cadastrado e de repente o médico o encaminhou pra saúde mental ele entra como DME. Para nós é assim, ou nós o cadastramos assim se é perceptível essa condição...” (ACS 7)*

*“[...] eu fui achando eles assim de casa em casa. [...] conversando com a família mesmo, falando que a pessoa toma a medicação, que passa na saúde mental, aí eu acabei identificando.” (ACS 6)*

No manual do SIAB não consta a definição exata de DME, muito menos de EPI. Já Alcoolismo (ALC) é definido em um instrutivo elaborado para a “revisão e o esclarecimento de alguns dados/informações de preenchimento do Cadastro Familiar e do Relatório PMA2, já utilizados pelas equipes de atenção básica” (BRASIL, 2011). O que apresenta no manual refere-se ao significado de DEF (deficiência) adaptado de WERNER (1994):

Deficiência é o defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Isto inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades que necessita, porém com dificuldade ou através de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades (BRASIL, 2003, p.15).

Nesse tocante o ACS reconhece que existe falha para a notificação do sofrimento mental e questiona a ausência de capacitação para tratar assuntos sobre saúde mental já que têm o contato com os pacientes e seus familiares. A fala abaixo relata tal abordagem:

*“[...] nós não temos profundidade sobre esse assunto (saúde mental) [...]. É falta de capacitação também, e, além disso, a ficha é falha porque ela*

*desvinculou isso de DME (faz referencia a separação de DME de EPI descrito na ficha A). Fica mais difícil para os acs's de repente associarem isso." (ACS 7)*

Embora não seja o foco deste estudo, mas dentro do contexto acima mencionado, é incontestável que a ausência de informação específica ao ACS para notificar casos de problemas mentais pode resultar em registros falsos. Conseqüentemente dificulta no dimensionamento da situação epidemiológica do sofrimento mental na área coberta pelo PSF.

### **Identificação através dos dados registrados no PSF.**

Atualmente, na USAFA Tude Bastos os casos de problema de saúde mental são organizados em uma lista por microárea (área de atuação do agente comunitário), numero de família, nome do paciente e data de nascimento para controle do numero dessas pessoas na área coberta pelo o PSF. Desse modo quando um novo agente entra em serviço as informações sobre essa população ficam a sua disposição, o que facilita seu trabalho no momento do recadastramento e acompanhamento de cada família, como mostra na fala a seguir:

*"A gente tem uma listagem com o nome deles, aí tá lá DME com o nome de cada um deles do lado, aí quando você entra você vai atrás pra saber o caso: o que já aconteceu, se ele nasceu assim, [...]." (ACS 13)*

Destaca-se a relevância desse procedimento realizado pelo PSF do Tude Bastos. A identificação do problema mental é o primeiro passo para o planejamento com vistas á promoção de Saúde Mental. Segundo a OMS (2001, p.86) "a intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso



rumo a uma doença plenamente instalada” [...] e “quanto mais depressa for instituído um curso de tratamento, melhor será a prognose.”

### **Identificação por meio dos vizinhos.**

Existem situações que não são os parentes os informantes de um caso de problema mental, mas sim os vizinhos. Veja os informes abaixo:

*“A gente encontra ou pela vizinha ou pela mãe quando a gente a encontra.”*  
(ACS 14)

*“[...] eu descobri por intermédio de vizinhos, que é assim que a gente descobre, quando não é da boca do próprio morador, é dos vizinhos [...]”*  
(ACS 3)

Os vizinhos notam alterações no comportamento de uma pessoa e comunicam o agente comunitário de saúde, especialmente quando a pessoa tem um comportamento considerado “anormal”, sendo qualificada de “louca”. A fala abaixo exemplifica o exposto:

*“Semana passada eu fui procurada por uma moradora. “ \_ Ah fulana vem aqui”. Eu: “ \_ O que foi?.” “ \_ Tem uma menina que é assim, a mãe dela falou que ela tá vagando pelos lados, que ela é doente mental, ela tá vagando, ela fica enfiada no mato, já faz meses que ela não toma banho. A mãe dela disse que ela tá cheirando mais do que defunto e ela tá com os cabelos parece cabelo de carneiro cheio de piolho ninguém consegue pegar ela. [...] “Vem aqui que eu te mostro onde é que é”. Aí tantantan, fomos pro meio do mato, lá no Caminho velho. Aí entramos a direita, numa casa quadrada, a menina tava lá, deitava no meio do quintal. Puseram um sofá lá pra ela, ela coçava a cabeça e tal, uma menina, deve ter uns dezoito dezenove anos, e*

*essa moradora minha falando: “oh ela não era assim, ela ficou assim de repente ela era normal trabalhava e de repente ficou assim, louca.” (ACS 4)*

A maioria das culturas desaprova as formas de comportamento público que não estão sendo controladas pelas regras de sua sociedade, as quais geralmente são rotuladas como loucas (HELMAN, 2009).

Segundo Jackson e Sampaio (1993) o louco tem existência real, pois todas as culturas designam determinadas condutas como loucura. E inclusive, a loucura é categoria antropológica e sociológica capaz de dar conta daquilo que uma sociedade não identifica como sua imagem idealizada. “Pode se apresentar, correspondentemente, como integradora, produtiva, criativa, ou, alternativa, como disruptiva, atrapalhadora, ou pode desempenhar ambos os papéis” (SANTOS *et.al*, 1992).

### **Identificação por meio da observação realizada pelo ACS.**

Outra forma de identificar novos casos se dá pela observação realizada pelo ACS no momento da visita domiciliar ou cadastro da família. As falas a seguir ilustram a afirmativa:

*“[...] você identifica olhando, falo assim não clinicamente, mas olhando assim dá pra identificar sim, sabe vê assim você vê uma vez você não vai reparar muito, mas você vê duas, três vezes aí fica fácil de se enxergar que tem alguma coisinha errada ali.” (ACS 9)*

*“[...] uma das crianças eu identifiquei porque eu estava fazendo um recadastramento, eu tava fazendo o cadastro, aí eu vi aquela criança sentada assim, só de calcinha virada de costas, sentada mas olhando pro fundo da casa, aí eu perguntei inclusive, era a avó, aí eu perguntei da criança porque ela tava sentada pra lá, aí foi onde ela pegou e falou, né:*

*“não, ela é assim porque ela é autista, né, ela não anda só se rasteja.” (ACS 11)*

Nesse momento, é relevante destacar que para o agente de saúde características estranhas, tal como o comportamento “fora do normal” de um indivíduo representa algum problema mental. A esse respeito houve a preocupação por parte da maioria em não apontar o indivíduo como louco.

A análise das entrevistas permitiu constatar que o ACS entende como comportamento normal o ato de realizar normalmente as atividades do dia-a-dia, como: trabalhar, comer e socializar-se. Resultado encontrado na pesquisa de Sousa (2007) onde também estudou a percepção do ACS no contexto da saúde mental. Nesse sentido comportamento fora do normal foi apontado como um indício para o aparecimento da doença mental, como segue na fala abaixo:

*Pessoas depressivas né?? o caso que você até me acompanhou da dona Joélia, realmente ela era uma pessoa que era muito atirada, resolvia tudo, muito limpa, mas já havia algum sinal, um quê de alguma coisa nela por causa da afobação dela, mas aí da forma como ela ficou, ela teve um surto, e daí pra cá ela nunca mais voltou ser a mesma, eu acho que foi a gota d’água no copo chei, [..]. (ACS 3)*

Helman (2009) contribui para essa discussão ao destacar que as definições de normalidade variam em todo mundo e, em muitas culturas. Prossegue afirmando que essas definições baseiam-se em crenças compartilhadas entre um grupo de pessoas em relação ao que constitui o modo ideal de os indivíduos conduzirem suas vidas em relação aos demais. Segundo o autor a normalidade costuma ser um conceito multidimensional. Além do comportamento do indivíduo, também são relevantes: suas roupas, corte de cabelo, seu odor, higiene pessoal, postura, movimentos, estado emocional, expressão facial e seu uso da linguagem.

Desse modo, entende-se que os “limites entre o nitidamente normal, o indefinido e o nitidamente patológico são dados pela cultura e não podem ser fixados pelo cientista além de um arbitrário e didático momentâneo” (BRITO, 1976 apud ROUQUAYROL, 1993). A cultura, portanto, reconhece sinais diferentes que apontam a presença de doença (LANGDON, 2003).

Nesse momento do “olhar” do agente comunitário é ainda relevante frisar dois pontos importantes verificados. O primeiro deles refere-se a velhice. ACS a tomam como referencia para justificar o transtorno mental de uma pessoa. Apontam a fase da velhice, como um momento da vida propício a existir problemas mentais. Tal informe é vislumbrado nas falas a seguir:

*“Há uns dois que a gente percebe que já está né, acho que pela idade, é uma doença mental pela idade, digamos assim.” (ACS 2)*

*“[...] vão ficando mais velhas falam coisa com coisa. Que nem uma moradora, começa falar de uma coisa... começou falar da neta dela, daqui a pouco já começa falar de outra, aí ela ainda perguntou assim pra mim: “nossa, [...] você acha que eu to..., tão falando que eu não to falando coisa com coisa, você acha que é assim?” eu falei: “não, não é [...] eu acho que a senhora ta bem.” (ACS 7)*

É valido destacar que a percepção mencionada sobre a velhice não é equivocada já que a prevalência de transtornos mentais na terceira idade tem aumentado consideravelmente.

Segundo o IBGE (2010), o crescimento do número de idosos no país tem aumentado ao longo dos últimos cinquenta anos. Sendo que na última década, está representada entre uma população de 190,7 milhões de brasileiros, 10,8% de idosos, ou seja, 20,5 milhões. Em vista disso, os problemas de saúde mental entre esta faixa etária também tem aumentado. A demência, por si só, afeta de dois a oito idosos a cada 100 (OMS, 2012b).

O segundo ponto refere-se ao grau de afinidade entre agente e comunidade como fator contribuinte para identificar novos casos. Para o

ACS esse fator elimina a possibilidade do estigma e a discriminação para com as pessoas e familiares com problemas de saúde mental, ou seja, o convívio, o contato próximo, a amizade e a confiança que conseguem estabelecer com os membros da comunidade os permite entender e eximir-se de preconceitos a respeito da doença do outro. As falas abaixo exemplificam o exposto:

*“As vezes, se é uma pessoa que eu conheço, uma moradora que tenho mais afinidade, [...] lógico que com certeza você vai perceber porque ela vai mudar [...]”* (ACS 8)

*“[...] a gente tem iniciativa de perceber a depressão do morador porque a gente conhece ele [...].”* (ACS 3)

Ademais, os ACS mostraram também que a relação de confiança, de amizade e respeito que conseguem estabelecer com a comunidade é o meio que muito contribui nas diversas etapas do trabalho. Seguem informes a seguir:

*“[...] confiança é base de tudo né, então você trabalha a confiança nas pessoas no dia a dia. Então hoje é um bom dia, amanhã é perguntando como que a pessoa tá[...]. [...] dentro dessa confiança você vai abrindo um espaço pra descobrir os porquês e as vidas e as lamentações de cada um.”*  
[...]

*“[...] teve um morador que dizia que nunca ia aceitar um agente comunitário dentro da casa dele, jamais. Eu tentei um mês, eu tentei outro, tentei outro e tentei outro, enfim foram vários meses pra que eu pudesse conquistá-lo e hoje quando eu demoro a passar, o tempo as vezes de se fazer fechamento de um SIAB que são trinta dias, ela tem necessidades que eu passe mais vezes somente pra dizer que ela ta bem, se deixou de ta, como é que ta o*

*netinho como deixou de ta. Ela descobriu em mim uma atenção que ela não tem nas filhas [...].* (ACS 12)

*[...] você vai pegando uma convivência, uma intimidade, uma intimidade assim de respeito, não intimidade de interesse [...], aos poucos você consegue acesso.”* (ACS 3)

Cohn, Nakamura e Gutierrez (2009), em estudo para compreender como o PSF intercrusa as dimensões pública e privada da vida social tomando o ACS como principal ator social desse enfoque, constataram que o bom relacionamento mantido pelos ACS com a comunidade facilita o trabalho da equipe, colaborando para que algumas atividades tornem-se mais eficazes. Além disso, salientaram que o fato dos ACS residirem na área de atuação corrobora para que tenham acesso ao domicílio dos moradores e absorvam informações que só conseguem nessa aproximação com a comunidade. Fato também identificado no estudo de Silva e Ribeiro (2009) sobre o Agente comunitário de saúde como elo de ligação entre comunidade carente e a ESF.

#### **4.4.2 O que é Problema de Saúde Mental.**

A partir da noção de cultura como um sistema simbólico a doença recebe significados diversos construídos através de contextos socioculturais, vivenciados e não como categoria fixa (LANGDON, 2003). Nesse sentido cada cultura define doença mental e reconhece um sinal ou um sintoma de forma diferente.

Esta visão da ação simbólica enfatiza que o significado das coisas não é dado, mas depende do contexto e emerge da interação social, ou seja, as pessoas criam e comunicam os significados de suas experiências através da interação (LANGDON, 2003).

Portanto, entender os significados sobre o problema de saúde mental no contexto da cultura, permite não apenas contextualizar como as pessoas atribuem valores e significados a esse tipo de adoecimento, como também possibilita discutir a doença mental e suas relações com o contexto sociocultural.

Nesse sentido iniciemos a discussão e análise desta categoria pelos fatores que influenciam na visão do ACS sobre os problemas de saúde mental.

### **Fatores influenciadores da visão do Problema de Saúde Mental.**

Ficou notório no processo de análise dessa categoria que as respostas estão relacionadas a três itens específicos. O primeiro deles é a visão dos problemas de saúde mental relacionada às experiências obtidas no campo de trabalho, ou seja, é o contato próximo com pacientes que muitas vezes permite o ACS perceber e apontar o problema mental. Veja o informe:

*“[...] são agressivos, inquietos, não conseguem ficar no meio de muita gente, como eu tive uma que veio aqui esses dias, ela foi atendida rapidamente porque ela não consegue ficar ali no pátio escutando zumzumzum, então ela é passada na frente pra poder ser atendida primeiro que aí a mãe já tira ela e já leva ela embora.” (ACS 13)*

O segundo relaciona-se às informações adquiridas a partir de cursos na área da saúde obtidos por interesse próprio. O achado segue em informe abaixo:

*“[...] uma vez eu tava sentada com as minhas amigas e a gente tava conversando, grupinho de amigas, e passou uma senhora assim acho que*

*ela tava meio descontrolada e passou atrás de mim e me deu um tapa, aí eu: Por que que a senhora fez isso? aí ela falou que eu tava rindo da cara dela, mas se eu nem vi a senhora passar, ela passou atrás de mim aí ela: não você tava rindo da minha cara. Aí eu não eu não vou discutir né. [...] Eu já fiz curso de enfermagem e tudo [...] eu logo vi que ela tava descontrolada, que tinha algum problema mental mesmo, a gente num sabe, a pessoa surta de repente né.*

O terceiro está relacionado às experiências no meio familiar. O fato de ter um membro da família com problema de saúde mental causa uma familiaridade com os sintomas não apresentando estranheza ou medo ao tratar com pessoa acometida pelo transtorno. A familiaridade com o problema de saúde mental permite inclusive que este não seja entendido como tal. As falas abaixo expõem a abordagem:

*[...] eu tenho a minha cunhada ela é especial mas ela vive normal e eu trato ela normal. [...] pra mim ela é normal, ela tem suas limitações. (ACS 1)*

*Meu marido é bipolar, eu acredito que (certa vez) pra não me agredir ele quebrou tudo, rsrsr, trabalha a quinze anos ou seja não é uma pessoa doente mental, [...] trabalha com um serviço estressante, foi vítima de vários assaltos, e aonde eu digo que é o ambiente que faz a pessoa se tornar problemática mentalmente. Por causa da ultima vez tentaram matar ele num assalto, ele simplesmente hoje não consegue entrar dentro de um ônibus pra trabalhar, ele continua na empresa mas ele não consegue trabalhar e se você deparar com ele aqui, você diz que eu to mentindo, ele é maravilhoso, ele é super simpático, ele é super legal, ele não tem medo de nada, mas quem convive...; por isso que a doença mental ela é cruel porque, o transtorno bipolar ,né, eu acho que é uma das piores características do transtorno mental, porque quando você sabe com que tá lidando, quando ele é agressivo você já evita, mas quando você só vê uma pessoa sorrindo brincando e quinze minutos depois você vê ela está nervosa, irritado e muda*



de humor, quer quebrar tudo e as vezes você não sabe o que você fez pra aquilo acontecer eu acho que é pior.(ACS 14)

### **O Problema de Saúde Mental na Visão do ACS.**

Da última fala é interessante frisar que a doença mental é vista como a impossibilidade de realizar atividades do cotidiano, fato constatado na fala da maioria dos ACS e no estudo de Pereira *et al* (2006). Segue abaixo mais um informe para exemplificar o exposto:

*[...] ah um dos meus moradores que agora ele tá com vinte e seis anos, trabalhava normal e de repente ele surtou, ele surtou do nada, não sai de casa, não trabalha mais, ele acha que todos quer matar ele, ele vê gente na frente de casa, só que voce olha não tem ninguém, que todo mundo quer o mal dele , que ninguém gosta dele e ele até três anos atrás ele trabalhava normal, de repente ele surtou do nada, então você fica assim sem entender né. (ACS, 13)*

*São pessoas né que perde seus sentidos, que deixa de fazer o que gostava, [...]. (ACS 15)*

Outros apontaram o problema de saúde mental como ausência de autonomia, governo de si próprio.

*[...] doença mental é a falta real de consciência de um ser humano, é uma pessoa que não tem controles dos seus pensamentos, de sua vida. [...] ela não tem noção nenhuma, ela precisa de auxílio familiar pra tudo, pra alimentação, pra banho, pra higiene, pra remédio, pra andar, então essa*

*peessoa é totalmente dependente da família. [...]é uma pessoa que está parada no tempo. (ACS 5)*

*É uma peessoa que não consegue ter assim um, um poder sobre a mente dele, que vai contra a própria vida, contra a vida das outras pessoas sem motivo sem saber porque. (ASC 14)*

Apesar do convívio com as pessoas com problema de saúde mental, os ACS mostraram não possuir informações claras sobre a doença mental. Foi comum nos relatos ver o nervosismo ou agressividade, o estado de “desalienação”, pessoa em mundo paralelo ou sem consciência da realidade como integrantes do problema de saúde mental. As falas a seguir ilustram a afirmativa:

*(A pessoa com transtorno mental é) nervoso, agressividade, distanciamento, alienamento, transtornos de humor. (ACS 2)*

*Eg. o nome dele. As vezes ele chega a tirar a roupa e fica pelado. [...] Ele fica falando “ ahahahahahahhah” fica gritando. Outro dia ele tava com uma faca lá na frente do portão assim “ ahahahahahah” gritando pro povo na rua, ele subia no meio do concreto que tinha lá e ficava olhando assim pelo muro e ficava com a faca e as meninas: “Avisa a agente dele não passa lá não” [...] Mas ele é meio invocado quando ele ta bem assim ele fica só de cara fechada. (ACS 7)*

*[...] ha problemas mais difíceis, como tem área dos colegas de jovens completamente alheios ao mundo. São pessoas que não se comunica, ou que não se alimenta, ou que se alimenta demais que são inchada pelos remédios né, pessoa que fica com aqueles olhos e tudo, pessoas violentas. (ACS 3)*

*[...] uma pessoa que tá fora da realidade, uma pessoa que tá vagando pela rua, sem rumo, sem eira nem beira, deprimida, num sabe quem é, num sabe o que faz e age como uma criança, completamente fora da realidade. (ACS 4)*

No estudo de abordagem antropológica de Martin *et al* (2011) elaborado para descrever condições de vida e sociabilidade de portadores de transtornos mentais graves moradores de cortiços são apontados resultados semelhantes aos acima mencionados. A pesquisa apontou como característica marcante do transtorno mental o nervosismo e a mente fraca.

De igual forma metodológica Villares, Redko e Mari (1999) realizaram um estudo sobre concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, e constataram que a manifestação do nervoso, acontece em um processo contínuo em que a gravidade vai determinar quando este não é apenas um sintoma de algum problema, mas passa a constituir o problema em si. Ngokwey (1995) apud Villares, Redko e Mari (1999) frisa que o nervoso pode ser o sintoma ou consequência de uma doença, ou resposta a um evento traumático. Pode ser também a denominação de uma doença propriamente dita, definida por uma etiologia, sintomatologia e tratamento específicos. Portanto, a distinção entre esses dois usos, não é clara.

Os ACS ainda apontaram o problema mental como um estado de cuidado especial do sujeito, que necessita de um acolhimento familiar ou religioso e atenção profissional psiquiátrico ou psicológico:

*Me vem a mente os meus moradores que tem esses problemas, mas eu acho que são pessoas, são seres humanos normais, mas que são especiais, que precisam de um cuidado especial. (ACS 6)*

*São pessoas que precisam da nossa ajuda. (ASC 7)*

*Eu penso, não sei, porque eu nunca tive um caso desse na família, nunca tive contato direto com caso desse, mas eu penso que é uma pessoa que precisa de ajuda, apesar das.. das.... sei lá....até as agressões que elas fazem, ou não, tem uns que são dóceis, mas acho que é uma pessoa ...que quer ser ajudada,[...]. (ACS 10)*

Alguns ACS possuem ideias confusas sobre o problema de saúde mental, não sabendo definir o que a pessoa tem. Ora o define como problema de natureza psicológica, outrora como resultantes de outras doenças do corpo. Segue as falas com a informação:

*[...] agora eu tenho pessoas que são doentes mentais, mas elas não assumem a doença que elas têm. Acho que elas mesmo sabe. [...] eu descobri a pouco tempo uma família. Ah, não tem marido, ela tem uma pessoa. Ela tem quarenta e dois anos. Essa pessoa insiste em estar grávida, mas ela não estar. Uma alegria fora do normal pra estar grávida, só que ela é mãe de um jovem que deve ter no máximo vinte anos, já tem dois filhos. É gravidez na adolescência. Se mudou de lá do local agora e tem um filho de doze e um filho de sete anos né, na idade escolar. Eles vão pra escola bonitinhos, limpinhos, eles passam o dia todo sozinhos porque ela trabalha e agora com essa suposta gravidez que não existe, que a gente acha que é até psicológico né. (ACS 3)*

*Tive o meu sobrinho, ele tinha depressão e ele surtou. Ele foi criado pela minha mãe, aí minha mãe quebrou o fêmu, aí eu tive que deixar o serviço, eu já tava na prefeitura, pra cuidar dela. Foram quatro anos como cuidadora e ele me ajudava. Ele foi criado pela gente, meu irmão era pai solteiro né, [...], então quando minha mãe faleceu ele entrou em depressão, aí ele teve um pequeno derrame e ninguém percebeu, então ele tem um coágulo aqui do lado, o doutor [...] acusou o coágulo, então ele surtou e ficou internado na psiquiatria quando tinha aqui na antiga Santa Casa, [...]. (ACS 13)*

A doença não apresenta sinais claros, são ambíguos. Causam interpretações distintas, mesmo as pessoas compartilhando os mesmos conhecimentos e classificações diagnósticas. (LANGDON, 2003, p. 98)

O fato de haver diferentes significados da doença mental (problema de saúde mental) aponta para a existência de sistema simbólico influenciado pela experiência individual. Langdon, Wiik (2010) falam sobre o assunto afirmando toda cultura possui conceitos sobre o que é ser doente ou saudável. Completam a afirmação destacando que todas possuem também classificações acerca das doenças, e essas são organizadas segundo critérios de sintomas, gravidade e etc.

A esse respeito vale mencionar que quando solicitado aos ACS realizar junto a eles visitas as pessoas com problema de saúde mental foi interessante notar que a maioria dos pacientes direcionados tratavam-se de casos graves (observar texto que traz o cotidiano do ACS com os casos de problemas de saúde mental). Ficou claro que a atenção dada pelo ACS aos casos leves é bem menor que a dada aos casos graves, sendo que por vezes os casos leves são tratados como doenças que estão fora do contexto da saúde mental, como exemplo a depressão. A fala a seguir ilustra o exposto:

*Tem outros que não são tão fortes assim e acabam indo parando numa depressão e essa depressão vai puxando outras coisas e ela acaba tendo problema de ordem mental. (ACS 12)*

Observou-se que existem ACS que entendem um caso leve quando a pessoa com transtorno mental consegue realizar atividades do cotidiano normalmente, e os casos graves quando a pessoa com transtorno mental apresenta comportamento desviante, um comportamento diferente daquele que as pessoas da sociedade costumam ter, ou quando tem surtos psicóticos, como expõem as falas a seguir:

*[...] tem pessoas que realmente não tem discernimento nenhum não sabe de nada, não tem discernimento nenhum não sabe se é dia ou noite, o que come, o que faz...e outras são quase normal. (ACS 5)*

*[...] eu tenho uns casos mais leves e tenho uns casos que são mais complicados. Tenho uma família, são três irmãos [...], esses três eles são mais leves, quase que você não fala que tem, fazem tudo, mas a gente sabe que tem, eles fazem tratamento e tudo né. Tem um que é mais que é piorzinho que ele tem esquizofrenia né, aí de vez em quando ele tá bom, trabalha, dirige, de repente ele surta, daí ele não quer tomar medicação e aí ele acaba até tacando até fogo nas coisas que ele tem [...]. (ACS 6)*

Langdon (2003) contribui para esta discussão ao destacar que existem modos diferentes para entender e enfrentar a doença dentro de cada cultura.

### **Característica marcante do Problema de Saúde Mental.**

A respeito dos surtos psicóticos, estes são apontados como característica marcante do transtorno mental. Alguns ACS chegaram a afirmar que todas as pessoas portadoras de um problema de saúde mental tem surto. As falas a seguir mostram isso:

*[...] essa senhora que eu nunca, nunca sozinha iria perceber que ela tinha problemas mentais e conviveria com ela sem nunca saber se ela não me contasse, nunca vi ela em surto. Me surpreendeu ser uma pessoa como eu e ter problemas mentais [...]; uma pessoa perfeita e que tem problemas. (ACS 6)*

*[...] o cérebro da gente é uma caixinha de surpresa né, mas do nada é isso que surpreende a gente, voce vê a pessoa ali normal e de repente você vê a pessoa surtada. (ACS 13)*

### **O caso da depressão.**

Além de não ser considerada como um problema de saúde mental pela maioria dos entrevistados, a depressão é vista como um fator causal do transtorno mental. Ehremberg e Lovell (2001) apud Guimarães (2010) explicam que a depressão dessa forma se coloca como foco de atração do sofrimento psíquico.

A depressão é mencionada não como um problema mental, mas como uma forma de expressão de uma situação de sofrimento causada por fatores diversos da vida, fato semelhante constatado por Martin, Quirino e Mari (2007) em estudo realizado em outro contexto em que vivem mulheres em situação de pobreza e violência.

A esse respeito é interessante mencionar dois casos presenciados em campo. O primeiro, diz respeito ao caso de uma mulher com diagnóstico de depressão em acompanhamento médico. Esta abordou uma ACS enquanto realizava suas visitas domiciliares. Ela ficou por longos minutos relatando fatos tristes de sua vida. Ao despedir-se da mulher a ACS contou-me toda a história de vida da mulher e concluiu dizendo que ela tinha apenas uma *“depressõesinha, resultado do que estava passando e não um caso específico de problema mental”*. O segundo caso também refere-se a um caso com diagnóstico de depressão. No entanto, desta vez o ACS pediu licença afastando-se para conversar a sós com a paciente dentro de sua residência. Explicou que se tratava de uma moradora que tornara-se sua amiga e que no momento estava com depressão, passando inclusive por tratamento médico. Disse-me que *“não era um caso de problema de saúde mental e sim o reflexo de seus problemas”*.

Os fatores causais apontados para o surgimento da depressão foram relacionados aos problemas familiares e financeiros como mostram as falas a seguir:

*Olha, depressão [...], geralmente é porque teve problema com filho, éé num ta trabalhando, o filho ta dando um pouco de dor de cabeça, [...]. (ACS 8)*

*As vezes a depressão vem porque as pessoas num têm sei lá estabilidade as vezes por necessidade financeira. (ACS 7)*

Ademais, enquanto alguns ACS reconheceram o transtorno mental como decorrente da dependência química por uso abusivo de álcool e consumo de drogas, outros apontaram a dependência química como um sintoma da depressão, afirmando que o uso excessivo das substancias é uma forma usada para a pessoa esquecer ou fugir da má condição de saúde que se encontra. Em outras palavras, a depressão desse ponto de vista é entendida como transtorno mental que apresenta-se antes da dependência química, entendida como um sintoma e não como a causadora do problema mental. As falas a seguir ilustram o exposto:

*[...] um alcoólatra ele é um doente mental porque não tá conseguindo viver com a realidade dele, então ele bebe pra fugir. Eu falo isso porque eu tive muitos alcoólatras na minha família,[...] e pelo menos dois eram alcoólatras por depressão profunda e não conseguiam conviver, não conseguiam processar aquilo sabe, então buscavam conforto no álcool [...]. (ACS 4)*

### **As causas para o surgimento do Problema de Saúde Mental.**

As pessoas apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto à saúde. Assim como noções particulares sobre doença, suas



causas, seus sintomas e a cura. “Tais particularidades não advêm das diferenças biológicas, mas sim, das diferenças socioculturais.” Em suma, parte-se da ideia “de que todos tem cultura, e de que é a cultura que determina essas particularidades” (LANGDON, WIIK, 2010, p. 174).

Quando questionado sobre as causas para o surgimento do problema mental, os ACS apontaram vários fatores. As causas indicadas fizeram menção a um evento passado ou atual da vida: o stress, a condição financeira, de saúde e de vida, o uso abusivo do álcool, o consumo de drogas, problemas familiares, ou ao nascer, ou genéticos e até mesmo um caso de predestinação. As falas a seguir confirmam a afirmativa:

*As vezes têm pessoas que nascem normal, comum e as vezes por determinados problemas familiar, pessoal, não tem uma estrutura e as vezes acaba a pessoa se tornando uma pessoa especial. (ACS 1)*

*Até eu entrar a pessoa com problema de saúde mental, eram pessoas de famílias desestruturadas, pessoas que passam por estresse muito grande e ficam com doenças mentais, fora as que nascem; os problemas mentais congênitos, que nem aí, nem sempre é família desestruturada, mas aquela pessoa que adquiri a doença mental, na minha concepção era que eram pessoas de famílias desestruturadas, famílias sem lá, nascido de adolescentes. Adolescentes porque não sabe educar adolescente, aí acaba se transformando. Mas agora não sei te dizer se essa resposta serve, porque que nem te falei, a senhora tem problemas mentais mas a família é maravilhosa, o menino é filho de mãe solteira , mas ele deve ter nascido com esse problema ele anda com as pernas atrofiadas e tudo. Então[...] é frutos de drogas? eu não sei te dizer quem é a pessoa não, sei te dizer eu não conheço o histórico familiar de nenhum deles. Eu tinha outra visão. (ACS 2)*

*[...] acho que nasce com problema, outros têm um surto de repente por uma situação da vida, [...] tem pessoas que só pioram pela estrutura da família,[...]. (ACS 3)*

*[..] pode acontecer ou no nascimento, né... ou então vem a ocorrer devido a vida da pessoa, é alguma coisa que aconteceu ou algum trauma e venha desenvolver isso na pessoa, mas eu acho que todos que têm são propícios, já nasceram com esse problema pra ter mesmo, já são propícios a ter, eu acho, né. (ACS 6)*

*[...] tem aqueles problemas que a criança... que a pessoa nasce já no seu mundo, [...] ou aquele que do nada numa certa idade começa ter distúrbio mental, só fala em coisas malignas e vê, fala que vê imagens, agride uma mãe. (ACS 8)*

*Eu acho que umas já nascem assim, que vem assim a vida inteira e outras adquirem com o tempo aí vai extinguindo e complica porque são diversos fatores: estresse, depressão, a o abandono, falta de ocupação, qualquer pessoa sozinha é demais sem se relacionar com ninguém por muito tempo num termina em coisa boa.*

*[...]*

*Várias pessoas são ou que já nasceram com algum distúrbio ou que digamos assim, a depressão profunda levou a algum distúrbio. (ACS 9)*

*Um foi dependente químico que foi usuário né e ficou com sequelas ficou com problema mental e ficou com transtorno psicológico. (ACS 15)*

Barros, Chagas, Dias (2009) ao estudarem os saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental constataram que alguns ACS acreditam que as pessoas com transtorno mental nascem com a tendência para desenvolvê-los. Afirmaram que esse caso fundamenta-se no fato de que os ACS conhecem famílias que possuem mais de uma pessoa com transtorno mental e, dessa forma, infere que a explicação conceitual está fortemente vinculada ao campo prático da vida

cotidiana. A pesquisa expõe que a família é implicada, ainda, como associada ao desenvolvimento do transtorno mental de forma diferente; e que o corpo biológico, os eventos de vida que desestabilizam o estado emocional, o desemprego e as dificuldades financeiras, assim como a hereditariedade também estão intimamente associados à origem dos transtornos mentais na concepção dos sujeitos. Os autores concluem este assunto afirmando que a saúde mental observada a partir das causalidades do transtorno mental tem como determinantes não só o setor saúde, mas também os fatores externos a este, como o trabalho, o desempenho de papéis e as redes de apoio social.

Contribui para esta discussão também o trabalho de Dimenstein *et. al* (2007) sobre saberes e fazeres de agentes comunitários de saúde frente à experiência da loucura. O estudo aponta que a causalidade desse adoecer evidencia a complexidade desse fenômeno para o ACS, mas também indica uma visão mais ampliada sobre a questão não se restringindo à questão psicológica ou biológica, ou seja as pessoas adoecem por questões pessoais de ordem afetiva, mal resolvidas ou por problemas de cunho social.

Ressalta-se, portanto, que as diversas causas apontadas para o aparecimento do problema de saúde mental indicam que existe forte construção simbólica influenciada pela experiência individual. E além do mais, as concepções do problema de saúde mental integram uma noção de causalidade que reúne elementos da vida, do conhecimento popular, folclórico e médico (VILLARES *et al* 1999).

### **O Problema de Saúde Mental recebe “nome”.**

Ao serem questionados sobre os tipos de problemas de saúde mental que conheciam, citaram: depressão, psicose, auseimer, esquizofrenia, dependência química por uso de álcool e consumo de droga, transtorno bipolar e stress.

Depressão, psicose, esquizofrenia, [...] doidinha de pedra de vez em quando dá crise, vai internada e fica amarrada; eu conheço auseimer; é... aquelas doenças que a pessoa tem mania de perseguição, aquelas depressões noturnas que a pessoa fica doida de noite, não consegue dormir começa ficar doida, a síndrome do pânico [...]; além do alcoolismo, drogas que também é conhecida como doença mental. (ACS 4)

Tem o transtorno bipolar [...] (ACS 1)

[...] deve ter estresse deve, ter pessoas afastada do trabalho por estresse, que também é considerada doença mental. (ACS 2)

Com a falta de compreensão os ACS mostraram também não conhecer o nome exato dos transtornos mentais e por vezes referiram-se aos sintomas e de casos graves, como mostram as falas a seguir:

Mania de perseguição, mania de ter tudo voltado pra ela, que ela tá sempre em perigo, é aquele baque, agonia, acho que só. (ACS 9)

O transtorno mental que leva a pessoa pra parte da sexualidade dele, aquele que são bem agressivos que chega agredir as pessoas sem motivo algum e aquele que é só assim que não mexeu com ele ele também não mexe com ninguém. (ACS 14)

Em geral, os ACS mostraram pouco conhecimento sobre assuntos relacionados aos problemas de saúde mental, fato verificado especialmente quando questionado sobre os tipos e causas.

## **CAPÍTULO IV**

### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise realizada permitiu não somente notar que existe o envolvimento dos ACS' s com pessoas acometidas pelo problema de saúde mental, como também constatar que entre esse trabalhador e os pacientes e seus familiares apresenta, por vezes, um vínculo muito próximo, que resulta em amizade.

Mesmo tentado agir dentro da sua competência, muitas vezes as necessidades em saúde da comunidade vão além do que o agente comunitário pode resolver. Essa situação, observada em campo e na entrevista, gera um certo desconforto e indignação ao ACS. As vezes a falta de um médico, ou medicação, ou de assistência de natureza específica, como por exemplo em saúde mental são motivos de reclamações da comunidade. O ACS, como representante mais próximo da população do sistema de saúde é o que recebe o descontentamento dos moradores e tenta solucionar de forma ou outra a situação. Sente-se por vezes incapaz, principalmente em assuntos relacionados ao contexto saúde mental.

Os casos mencionados permitiram não somente notar que existe o envolvimento dos ACS com problemas de saúde mental, como também constatar que entre os ACS e pacientes e seus familiares apresenta um vínculo muito próximo, que muitas vezes resulta em amizade.

Levando em consideração o vínculo entre o ACS e os pacientes tornou-se possível observar com clareza a visão que esse sujeito têm sobre os problemas de saúde mental e entender que o contexto sociocultural está fortemente ligado a percepção desse sujeito a cerca do componente problema de saúde mental.

Contudo, da visão do ACS sobre o problema de saúde mental destaca-se que este lança significados diversos da doença, mostrando

ideias confusas sobre o problema de saúde mental. Não consegue reconhecer nomes e aponta os sintomas. Sintomas sempre de casos graves. Nesse sentido vale ressaltar que o despreparo do ACS para lidar com casos de problemas mentais é um fator desfavorável diante da possibilidade de intervenção junto à comunidade.

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; BARBIERI, Liliane; PAULA Virginia Praciano de; FRANCO, Melissa dos Santos Paschoalato. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**. p. 567-72. São Paulo- SP, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/04.pdf> >. Acesso em: Nov. 2011.

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiq. Clin.** p. 43- 54. São Paulo- SP, 2003. [online]

ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros; ASSUNÇÃO, Raquel Silva. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev Bras Enferm**. Brasília (DF), 2004 p.19-25. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>>. Acesso em: Marc. 2012.

BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne. CHAGAS, Maristela Inês Osawa. DIAS, Maria Socorro de Araújo. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Rev. Científicas de América Latina y el Caribe, Españã y Portugal**. p. 232- 227. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100028) > Acesso em: 02 Nov. 2011.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia; ELIAS, P. E.. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: Ana Luiza d'ávila Viana; Paulo Eduardo M. Elias; Nelson Ibañez. (Org.). **Proteção social. Dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 244-265.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agente Comunitário de Saúde- PACS**. Brasília- DF, 2001. Disponível em < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>> Acesso em: Jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica. O vínculo e o diálogo necessários.** Nº 01/2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial Curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde.** Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília- DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília- DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 03 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília- DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)> Acesso em mar. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2. ed. Brasília- DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios de diretrizes.** Brasília- DF, 2004b.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006**. Brasília- DF, 2007.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República/ Procuradoria Federal dos direitos do Cidadão. **Grupo de Trabalho Saúde da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC)**. Disponível em < [http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Saude\\_Mental\\_SUS.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Saude_Mental_SUS.pdf)> Acesso em jan. 2012

CALIPO, Paula Covas Borges. **Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos no contexto da reforma da assistência psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde brasileiro**. 2008. 324 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Católica de Santos. Santos-SP.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. p. 399-407. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016)> Acesso em fev. 2012

CARNEIRO, Allann da Cunha; OLIVEIRA, Ana Carolina Moreira; SANTOS, Mariane Marques de Souza; ALVES, Miriam dos Santos; CASAIS, Noêmia Aragão; SANTOS, Josenaide Engracia dos. Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. **Rev. bras. promoç. saúde**. p. 264-271. Fortaleza, 2009. Disponível em < [http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo9\\_2009.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo9_2009.4.pdf)>. Acesso em: Mar. 2012.

CNES (**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**). Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 22 Set.2011

COHN, Amélia; NAKAMURA, Eunice; COHN, Clarice. O Programa Saúde da Família entre o público e o privado. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAZ, Paulo Eduardo M. Elias; IBÁÑEZ, Nelson. **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 168- 185.

CRUZ, Mariângela Guanaes Bortolo da. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação do Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. p. 28-35. São Paulo, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a04v39n1.pdf>>. Acesso em Mar. 2012.

CURY, Camila Fernanda Meirelles Ramos; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. **Fam. Saúde Desenv.**, v.8, n.3, p.273-278, Curitiba, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7983/5628>> Acesso em: 12 de Ago.2010.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; SCHECHTMAN, Alfredo; WEBER, Renata. AMSTALDEN, Ana Ferraz; BONAVIGO, Elizabete; CORDEIRO, Francisco; PÔRTO, Karime; HOFFMAN, Maria Cristina C. L.; MARTINS, Rita; GRIGOLO, Tânia. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos de Caracas. In MELLO, Marcelo Feijó de. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Editora Artmed. Porto alegre- RS, 2007. p. 39- 83.

DIMENSTEIN, Magda; CABRAL, Clariana de M. T.; SEVERO, Ana Kalliny Sousa; BRITO, Monique de A.; ALVERGA, Alex R. de. Saberes e fazeres de agentes comunitários de saúde frente à experiência da loucura. **Pesquisas e Práticas Psicossociais. São João del-Rei**. p. 95- 87. Natal-RN, 2007. Disponível em <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/10artigo.pdf>>. Acesso em: Nov. 2011.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; Rodrigues, Maria Aparecida. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 669-681, Pelotas- RS, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso em Fev. 2012.

FENERIC, Silvia R. G.; PEREIRA, Walter Augusto B.; ZEOULA, Fernanda M. Saúde mental e programa saúde da família: percepções do agente comunitário de saúde. **Psicologia Hospitalar**. v.2, n.2, São Paulo, dez., 2004. Disponível em:< [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092004000200011&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092004000200011&script=sci_arttext&lng=pt)> Acesso em: 11 de Ago.2010.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; SIMPLÍCIO, Daniela da Nóbrega; ALVES, Fabiana Paulino; BRITO, Virgínia Rossana de Sousa. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**. p. 258-64. Brasília- DF, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a14v62n2.pdf>>. Acesso em Mar. 2012.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Editora LTC. Rio de Janeiro, 1926.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; EUCLYDES, Marilene Pinheiro; TARGUETA, Carina Loureiro; PRIORE, Sílvia Eloíza; FRANCESCHINI, Sílvia do Carmo Castro. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. Vol.14. Rio de Janeiro- RJ, 2009. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800020&lng=pt) > Acesso em Mar. 2012.

GUIMARÃES, Jacileide; MEDEIROS, Soraya Maria de; SAEKI, Toyoko; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em debate*. **Revista do centro brasileiro de estudos de saúde**. v.25. n.58. p. 7-13. Rio de Janeiro, maio/ago 2001. Disponível em: < [http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n58.pdf](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf) > Acesso em: 12 de Ago.2010.

GUIMARÃES, Patrícia Neves. **Experiências de vida de pacientes esquizofrênicos e seus familiares: uma perspectiva cultural da doença**. 2010. 206 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Católica de Santos. Santos- SP.

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha; ALVES, João Guilherme Bezerra. TAVARES, Márcia Maia Ferreira. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. p. 868-876. Rio de Janeiro- RJ, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf>> Acesso em Mar. 2012.

HARADAI, Olívia Lina; SOARES, Marcos Hirata. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Vol.6. N.2. Ribeirão Preto- SP, 2010. Disponível em <

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000200006&script=sci_arttext)> Acesso em Mar. 2012.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Editora Artmed. 5ª Ed. Porto Alegre- RS, 2009.

LANGDON, E. Jean. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In OLIVEIRA, Marlene de; JEOLÁS, LeilaSollberger (Org.). **Anais de Seminário sobre cultura, saúde e doença/** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [et al]. Londrina, 2003. p. 91- 115.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. p. 181- 174. Londrina- PR, 2010.

LOPES, Eliana Zulianni. **A implantação do Programa Saúde da Família no Município de Praia Grande, Região Metropolitana da Baixada Santista**. 2005. p?. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Católica de Santos. Santos-SP.

MAIA, Luciana Colares; DURANTE, Ariane M. G.; RAMOS, Luiz Roberto. Prevalência de transtornos mentais em are urbana no norte de Minas Gerais, **Brasil. Rev. Saúde Pública**. p. 650- 656. São Paulo, 2004. [online]

MARTIN, D. ; ANDREOLI, Sergio Baxter ; QUIRINO, José ; NAKAMURA, Eunice. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da Antropologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, n. 1, p. 178-180. São Paulo, 2006.

MARTIN, Denise. Natureza e Cultura: ferramentas teóricas para a prática da enfermagem. In: NAKAMURA, E., MARTIN, D., SANTOS, J. F. Q. **Antropologia para Enfermagem**. Ed. Manole. São Paulo, SP, 2008.

MARTIN, Denise; ANDREOLI, Sergio Baxter; PINTO, Rosa Maria Ferreiro; BARREIRA, Tânia Maria Hourneaux de Mendonça. Condições de vida de portadores de transtornos psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP. **Rev. Saúde Pública**. Vol.45. N.4. São Paulo- SP, 2011. Disponível em <

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000400008&script=sci_arttext)>. Acesso em Fev. 2012.

MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. Vol.41. N.4. São Paulo, 2007. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000400013&script=sci_arttext)> Acesso em: Nov. 2011.

MUNARI, Denize Bouttelet; MELO, Terezinha Silvério de; PAGOTTO, Valéria; ROCHA, Bárbara Souza; SOARES, Carlene Borges; MEDEIROS, Marcelo. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, 2008. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>> Acesso em: 11de Ago.2010.

NAKAMURA, E. **O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado**. In: NAKAMURA E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (Orgs.) Antropologia para enfermagem. (Série Enfermagem). Ed. Manole, p. 15-35. Barueri- SP, 2009.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; COSTA, Ieda Maria Cabral da. “PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil”. In: COHN, Amélia (org.). **Saúde da família e SUS: Convergências e Dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, Fundação Ford; São Paulo: Cedec, 2009, p. 67-92.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A prioridade da saúde pública**, 2012. [online]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atlas mundial da saúde mental**, 2011. [online]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Departamento de saúde mental**, 2000. [online]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de saúde 2001: **Saúde mental - nova compreensão, nova esperança**. Genebra: 2001. [online]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Riscos à Saúde Global. Mortalidade e carga de doença atribuível aos selecionados os principais riscos**, 2009. [online]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental e desenvolvimento: Destinada às pessoas com a saúde mental em condições como um grupo vulnerável, 2010**. [online]

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; BARBIERI, Liliane; PAULA, Virginia Praciano de; FRANCO, Melissa dos Santos Paschoalato. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**. p. 567-72. São Paulo- SP, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/04.pdf>>. Acesso em: Jan. 2012.

PEREIRA, P. P. G. **O terror e a dádiva**. 1ª. ed. Goiânia-Brasília: Editoras Cãnone e Vieira, 2004.

PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE. Estado de São Paulo. Secretaria de saúde pública. **Relatório de Gestão de 2009**. Disponível em: <<http://www.praia grande.sp.gov.br/arquivos/sesap/RELATÓRIO%20DE%20GESTÃO%20-2009.pdf>> Acesso em: 01 Out. 2010.

RAYNAUT, Claude. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Rev Gaúcha Enferm**.p.149-65. Porto Alegre (RS), 2006.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. Editora Medsi. 4ª Ed. 540 p. Rio de Janeiro- RJ, 1993.

SANTOS, José Quirino dos Santos; MIRANDA, Cláudio; LEITE, Angela Acatigno; PEREIRA, Maria Fernanda Albuquerque. Pertubações da

Normalidade Sócio- Cultural. **São Paulo em perspectiva**. p. 85- 91. São Paulo- SP, 1992.

SEAD (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Disponível em: <<http://www.sead.gov.br/index.php>> Acesso em 01 de Nov.2011.

SILVA, Pâmela Rodrigues da; RIBEIRO, Gracy Tadeu Ferreira. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. **Vita et Sanitas**, Trindade-Go, 2009. Disponível em < [http://fug.edu.br/revista\\_3/pdf/asc\\_elodeligacao.pdf](http://fug.edu.br/revista_3/pdf/asc_elodeligacao.pdf)>. Acesso em: Mar. 2012.

SOUZA, Aline de Jesus Fontineli; MATIAS, Gina Nogueira; GOMES, Kenia de Fátima Alencar; PARENTE, Adriana da Cunha Menezes. A saúde mental no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, jul-ago, 2007. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400006&script=sci_arttext)> Acesso em: 11 de Ago. 2010.

VECCHIA, Marcelo Dalla. MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28. jan./mar. 2009. p.151-64, Botucatu-SP, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013)> Acesso em: 02 Nov. 2011.

VIANA, A. L. d' á.; FAUSTO, M. R. C..Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil da assistência. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAZ, Paulo Eduardo M. Elias; IBAÑEZ, Nelson. **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 150-168.

VIANA, A. L. d' á.; SILVA, Hudson Pacífico da; MELO, Maria Fernanda Cardoso de; CAJUEIRO, Juliana P. M. . Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: COHN, Amélia (Org.). **Saúde da Família e SUS: Convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue Editorial Ltda., 2009, v. , p. 13-65.

VIANA, Ana Luiza D' Ávila. POZ, Mario Roberto Dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**. p. 11- 48. Rio de Janeiro, RJ, 1998. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>> Acesso em: Jan. 2012.

VILLARES, Cecília C; REDKO, Cristina P; MARI, Jair J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**. São Paulo- SP, 1999. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v21n1/v21n1a08.pdf>>. Acesso em Fev. 2012



## 7. ANEXOS

### **Roteiro de entrevista semi- estruturado aplicado aos agentes comunitários de saúde.**

- Caracterização dos agentes comunitários de saúde.

1. Nome: Sexo: Idade: Formação: Religião:

2. Cargo de atuação dentro do PSF:

3. Tempo de trabalho no Programa:

- Caracterização da população de abrangência do agente comunitário.

4. Área de abrangência do PSF no município: Contar quem é a população que trabalha. (explorar sociabilidade, condições materiais, religiosidade, tipo de trabalho, suporte social...)

- Organização das atividades do agente.

5. Como são organizadas as ações do PSF dentro da comunidade?

- Satisfação do agente com o trabalho.

6. Como é trabalhar no Programa (relato do cotidiano no ambiente de trabalho)? Quais são os benefícios e as dificuldades de trabalhar no PSF?

- A saúde mental na visão do agente.

7. Há problemas de saúde mental na área de atuação? Se sim, de que tipo? Como você identifica?

8. Conte-me sobre alguma experiência com pessoa com transtorno mental, explorar a experiência do profissional, como lida, se encaminha e para quem? (não só profissionais de SM ou rede SUS)

9. Como você se sente quando lida com este tipo de pessoa?

10. Quais os transtornos/doenças/problemas mentais que conhece?  
Quais aparecem mais?(perguntar sobre dependência química e alcoolismo)

11. Na sua visão quem é a pessoa com problema de saúde mental? E porque elas têm este problema?