

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA COMUNITÁRIA¹

COMMUNITY HEALTH AGENTS IN CONSTRUCTIONS OF THE COMMUNITY PSYCHIATRIC REFORM

Ana Maria Pereira Lopes

Psicóloga, doutoranda em Psicologia no PPGP-UFSC e professora da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. anaralina@gmail.com

Fabiana de Souza

Psicóloga, pós-graduada em Gestão em Saúde Pública e Saúde da Família na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. fabsouza76@hotmail.com

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira requer novas estratégias de intervenção no cenário de saúde mental. Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são dispositivos que buscam promover novas formas de relacionamento com a saúde mental. As UBS contam com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são responsáveis pelo atendimento à comunidade. Buscou-se verificar qual a compreensão dos ACS de uma UBS do município de Palhoça/SC acerca da pessoa com transtorno mental. Buscou-se também identificar as problemáticas vivenciadas pelos ACS no atendimento a essas pessoas e suas famílias, e como encaminhavam as demandas a eles apresentadas. Realizou-se uma pesquisa qualitativa e exploratória junto a seis ACS por meio de entrevista semiestruturada. Por meio da análise de conteúdo, foram organizadas categorias *a posteriori*. Os dados indicam que os ACS não têm seu trabalho entendido como profissional. Têm dificuldades em compreender e reconhecer fenômenos relativos aos transtornos mentais e perspectivam, sobretudo, uma intervenção biológica junto às pessoas com transtornos mentais. Contudo, o trabalho dos ACS, que é baseado no senso comum, é visto por eles com possibilidades de ampliação, na medida em que tenham maior apoio da equipe de atenção básica.

¹ Este estudo constitui-se em parte de monografia apresentada à Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno mental, Atenção básica, Agentes comunitários.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira é resultado de um processo político cujo protagonista fundamental foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, seguido pela organização do Movimento da Luta Antimanicomial, nos anos 1980 (AMARANTE, 2000). Tal movimento organizou as bases para as mudanças no cenário institucional e legal de consideração das pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica tem ocorrido a partir da crítica aos modelos de atendimento que, ao longo dos últimos séculos, foi pautado pela exclusão e cronificação. Já na segunda metade do século XX, a reforma tem enfrentado o desafio de compreensão dos transtornos mentais e organização do atendimento envolvendo avanços biomédicos e a compreensão social desses transtornos.

A Reforma Psiquiátrica teve sua possibilidade anunciada, no Brasil, a partir da Constituição de 1988, quando a saúde foi afirmada como um direito (BRASIL, 1988). Contudo, uma vez que a regulamentação da saúde pós-Constituição não contemplou o campo de atenção em saúde mental, foi somente com a promulgação da Lei nº 10.216, de 2001 que ocorreu a assunção, por parte do Estado brasileiro, de ações nesse sentido (BRASIL, 2001). Com a Lei, as pessoas com transtorno mental passaram a ser detentoras, no Brasil, de um conjunto de direitos, que inclui, dentre outros, o de atenção em saúde, com ênfase na sua inserção social, e a internação hospitalar como último recurso de tratamento. Ou seja, dessa forma foi instalada a diretriz de reforma psiquiátrica com bases comunitárias. Além disso, a designação de portador de transtorno mental foi adotada para pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico de maior gravidade. Estas, no presente trabalho, serão denominadas de pessoas com transtornos mentais, haja vista a afirmação da pessoa com sua singularidade, e não a sua psicopatologia como fronte.

Nesse cenário, destaque pode ser dado à organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram instalados pelo Ministério da Saúde (MS), a partir das Portarias nº 336, de 2002 (BRASIL, 2004a), e 189, de 2002 (BRASIL,

2004b). Os CAPS são instituições regionalizadas, constituindo-se em espaços substitutivos ao modelo de exclusão. Esses serviços têm como propósito colocar em prática ações de cuidado que propiciem autonomia e resgate da cidadania às pessoas atendidas.

Os CAPS, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), podem ser organizados por meio de diferentes níveis de atendimento, chegando a realizar internações breves. A internação hospitalar fica destinada a leitos hospitalares em hospitais gerais. Podem ainda se fazer presentes, nos municípios de maior número populacional, os CAPSi e CAPSad, estes últimos especializados em atendimento infantil e em álcool e drogas, respectivamente. Os CAPS são ainda considerados, de acordo com a Portaria do MS nº 336, de 2002, como os articuladores das ações em saúde mental de um município, que deve contar com uma série de outras organizações de atenção à pessoa com transtorno mental.

Na direção de estender a saúde mental aos locais mais próximos de vida das pessoas, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) afirma que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, a Atenção Básica em Saúde, realizada por postos de saúde, com suas atividades de prevenção e promoção da saúde, também devem ser dispositivos de atenção às pessoas com transtorno mental. Dessa maneira, as UBS podem ser colaboradoras no processo de ir “desconstruindo e construindo, no interior das casas, na vizinhança, na comunidade e no bairro, outras relações com as diferenças, permitindo outro espaço de circulação que não apenas o especializado” (SANTOS; VASCONCELLOS & AMARANTE, 2004, p. 25).

A atenção básica, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), fundamenta-se na Lei nº 8080, de 1990 (BRASIL, 1990) e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a saúde como direito, a integralidade de assistência, a universalidade, a equidade, a resolutividade, a intersetorialidade, a humanização no atendimento e a participação social (KUJAWA; BOTH & BRUTSCHER, 2003). As ações da atenção básica são desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que tem uma equipe responsável pelo atendimento à comunidade, formada por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Fazem parte da equipe do PSF ainda os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (SANTA CATARINA, 2006). Mais recentemente, a equipe do PSF, de acordo com a Portaria do MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, vem ganhando, paulatinamente, apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL,

2008), que é uma equipe interdisciplinar, formada por três a cinco profissionais de saúde das mais diversas áreas.

Nesse contexto, com a capilarização da atenção básica que é realizada pelo PSF, o trabalho dos ACS reveste-se de importância. Eles desempenham a tarefa de identificar dificuldades de vida das pessoas, riscos, vulnerabilidades e até mesmo doenças presentes nas famílias, direcionando esses problemas à equipe do PSF. A equipe do PSF, imbuída da tarefa de realizar ações de prevenção e promoção de saúde, deve ser um tipo de catalisador das demandas da comunidade, atendendo-as ou mesmo realizando encaminhamentos para outros níveis de assistência, visando à integralidade no nível institucional. Foi seguindo essa racionalidade que, segundo o Ministério da Saúde, os ACS devem residir no mínimo há dois anos na comunidade na qual trabalham (SANTA CATARINA, 2006).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, atualmente, no Brasil, encontram-se atuando profissionalmente 204 mil ACS. Em Santa Catarina, são 8500 ACS presentes nas comunidades rurais, nas periferias, nas comunidades urbanas, nos municípios urbanizados e industrializados. Há um grande contingente de trabalho em saúde para os ACS, que inclui a atenção às pessoas com transtornos mentais nas comunidades nas quais estão inseridos (SANTA CATARINA, 2006). Os ACS são fundamentais para que a interlocução entre a UBS e os CAPS aconteça, pois eles circulam nos espaços da comunidade, fazem o contato com as famílias e identificam dificuldades. Nesse contexto, questiona-se a compreensão por parte dos ACS acerca da sua participação no cuidado em saúde mental, ou seja, como identificam, encaminham e realizam os procedimentos necessários junto a pessoas com transtorno mental.

Desse modo, capitaneando-se pela ideia de Reforma Psiquiátrica enquanto um processo de transformação social, político e institucional da consideração da loucura, objetivou-se investigar, especificamente, a compreensão das pessoas com transtornos mentais por parte dos ACS, e ainda como são realizados os encaminhamentos dessas pessoas sob a égide da ideia de integralidade do SUS. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), a fim de se estender novos modos de cuidado e de atenção é importante refletir sobre a consonância da relação do trabalho dos CAPS com o trabalho que é realizado na atenção básica, pois apenas diminuir os espaços asilares e apresentar novos serviços e modificações no atendimento dessas pessoas não garante a

desconstrução de uma cultura manicomial, haja vista a necessidade de vínculo e confiança para a resolutividade do atendimento. Na atenção básica, as ações de saúde mental devem organizar uma rede de cuidado, “de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (BRASIL, 2004a, p. 179). E de acordo com Santos; Vasconcelos & Amarante (2004), estabelecer ações em conjunto entre os CAPS e as UBS pode conduzir a novos modos de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. Conforme os autores,

[...] os CAPS podem funcionar como unidades de apoio para as equipes de saúde da família ou da atenção básica, porém são estas equipes que continuarão sendo referência para as pessoas. Sendo assim, não haveria transferência de responsabilidade; os CAPS funcionariam como uma unidade de apoio que viabilizaria as equipes de saúde da família a prestarem uma melhor atenção às pessoas, caminhando no sentido da integralidade da atenção. Fazer saúde mental na rua, na comunidade ou no bairro implica em deixar de lado a regularidade mais ou menos segura dos serviços e ficar diante da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Não é tarefa fácil colocar-se diante do novo, da vida das pessoas, dos acontecimentos; entretanto, é lá que é preciso estar, pois é lá que as coisas acontecem (p. 27).

Há a necessidade da constituição de uma rede de atenção e de cuidado bem articulada. Nessa rede devem estar inseridos e articulados os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e presentes os seus princípios norteadores de equidade, universalidade e integralidade, pois não se trata de homogeneizar todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, mas de contemplar o direito que todos têm de serem atendidos, de acordo com suas diferenças e necessidades (KUJAWA; BOTH & BRUTSCHER, 2003).

A ideia do entendimento de rede também se faz importante para que os ACS possam colaborar com a construção de outros encaminhamentos para as pessoas com transtornos mentais, levando-se em conta que, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), não fica como função exclusiva dos CAPS o oferecimento de ações em saúde mental. A saúde mental deve estar articulada numa rede que inclua a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência e os clubes de lazer.

MÉTODO

A pesquisa junto aos ACS foi realizada no ano de 2008 e caracterizou-se como qualitativa, uma vez que, conforme apresenta Minayo (2004, p. 21), objetivou-se trabalhar “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. De acordo com a autora, a pesquisa qualitativa procura conhecer fenômenos que não podem ser mensurados, a fim de explicar as relações sociais, partindo do cotidiano das pessoas. A presente pesquisa é exploratória, visto que essa temática é pouco discutida nas literaturas investigadas.

Participaram da pesquisa seis ACS da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Palhoça/SC. Tal UBS conta com duas equipes do PSF, sendo que cada uma dessas equipes conta com dez integrantes. Foi realizada uma entrevista piloto com uma ACS de uma comunidade semelhante àquela da qual fazem parte as ACS pesquisadas. As participantes eram todas do sexo feminino, com segundo grau completo e com idade entre 25 e 39 anos. O tempo de serviço variou de oito meses a quatro anos. A partir do quadro profissional da UBS, as ACS selecionadas foram as seis primeiras que se disponibilizaram para a participação na pesquisa. Foi dada a opção para a entrevista ocorrer na UBS ou na residência das ACS. Por opção das ACS, as entrevistas foram realizadas na casa das mesmas, em horário previamente combinado e em espaço livre de interrupções.

Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, na qual se utilizou de perguntas abertas, bem como se considerou a relação entrevistado e pesquisador. Nesse tipo de coleta de dados, segundo Minayo (2004), o entrevistado tem a possibilidade de relatar, de modo que seu relato não fique rígido a condições fixas pelo pesquisador. Tal instrumento consistiu de questões abertas sobre a trajetória profissional das ACS, o conceito de pessoa com transtorno mental trabalhado, o trabalho e procedimentos utilizados no cuidado junto a estas pessoas, bem como questões sobre os encaminhamentos realizados. Na aplicação do instrumento de coletas de dados, manteve-se uma postura ativa no processo, ou seja, com uma participação flexível no que diz respeito ao ordenamento do roteiro, realizando perguntas adicionais durante a entrevista, tendo-se como foco os objetivos da pesquisa.

No início da entrevista, as participantes foram informadas dos princípios éticos que regularam a pesquisa, dentre os quais se inclui sigilo dos dados, zelo na

guarda dos materiais e restrição de acesso ao material aos pesquisadores. Elas foram informadas de que a pesquisa fora aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL. Nesse momento, obteve-se a assinatura do termo de Consentimento de Gravações, de acordo com a Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As ACS atenderam a pesquisadora de uma forma acolhedora e colaborativa.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, sendo os dados analisados por meio da categorização *a posteriori*, partindo-se do que se delimitou como objetivos do trabalho. A categorização foi realizada segundo Gomes (1994), para quem a classificação ocorre a partir de três princípios:

[...] a partir de único princípio de classificação, [...] deve ser exaustivo, ou seja, deve permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto, [...] devem ser mutuamente exclusivas, ou seja, uma resposta não pode ser incluída em mais de duas categorias (p. 72).

Conforme Minayo (2004), a análise dos dados visa confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ainda aumentar o conhecimento sobre o seu tema, de modo articulado ao seu contexto. Nesse sentido, os dados da categorização foram cotejados com o referencial teórico explicitado na base do trabalho, que situa a reforma psiquiátrica brasileira como um processo de transformação de consideração da loucura, ao mesmo tempo, social, político e institucional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados permitiram problematizar a inserção das ACS no trabalho em saúde, bem como aspectos relacionados ao seu trabalho com pessoas com transtornos mentais. Os dados sobre o ingresso do ACS no PSF tornam possível compreender como se deu a escolha desse trabalho, bem como problematizar sua trajetória profissional. Tal ingresso ocorreu primeiramente por indicação, o que ilustra a presença das mediações familiares e comunitárias na escolha do trabalho. Isso corrobora a condição colocada pelo Ministério da Saúde de que o ACS precisa ter um consoante à comunidade onde trabalhe (SANTA CATARINA, 2006). O ingresso pode ser entendido pela seguinte fala:

Foi pela minha tia, que já era ACS. Como eu tava desempregada e procurando emprego, ela fez uma oferta para eu fazer o concurso, então eu fiz, a minha mãe também, a minha irmã, tanto que nós três trabalhamos como agente (ACS 5).

A conciliação trabalho e maternidade é o que aparece como justificativa do ingresso de algumas ACS. Aqui se evidencia uma visão do trabalho de ACS como facilitador para se conciliar atividade profissional, tarefas domésticas e atribuições da maternidade. Isso traz questionamentos quanto às tarefas que os ACS devem desempenhar, relativamente à sua complexidade, uma vez que a realidade familiar também exige atenção. Exemplo disso é a seguinte fala: “foi para conciliar o trabalho e poder cuidar das crianças [...]. Então eu posso fazer as coisas da casa e o trabalho na rua como agente” (ACS 3).

O ingresso, que também apresenta o objetivo de atender demandas financeiras, contribui ainda para a discussão anterior, uma vez que algumas dessas ACS têm o ingresso no PSF pautado pelo fato de não ser um desejo de realização profissional, mas de complementação da renda familiar. É o que se evidencia na fala da ACS 1: “eu não buscava ser ACS, foi necessidade, porque eu tentei outras coisas, fui buscar outros empregos, mas foi bem difícil, não consegui”. O ingresso por casualidade e para ajudar as pessoas também se soma a esse debate.

As circunstâncias de ingresso trazem interrogações acerca de como a profissão é considerada pelas ACS, bem como sobre como o PSF tem selecionado os profissionais. Tais circunstâncias de ingresso conduzem a reflexões sobre a importância da qualificação dos ACS, onde a noção de cotidiano pode ser relevante, uma vez que é nesse contexto que os ACS estão inseridos e envolvidos em uma realidade. Heller (2004) afirma que o cotidiano é a própria vida do homem, na qual todos estão inseridos num trabalho, seja físico ou intelectual. Nesse sentido, a ideia de cotidianidade não pode ser retirada dessa atividade, pois o homem é participante do cotidiano em sua singularidade. E é nesse cotidiano que se configura um ser individual, mas também genérico, ou seja: o homem torna-se produto e expressão das relações sociais. O cotidiano denota uma realidade econômica, histórica e social, que deve ser levada em conta ao se questionar o perfil do profissional ACS. E esse mesmo cotidiano pode ser importante em capacitações desses ACS, envolvendo a reflexão dos próprios sobre sua relação dialética com o cotidiano.

Em uma primeira aproximação acerca das pessoas com transtorno mental no cotidiano de trabalho das ACS, é possível compreender que estas pessoas são consideradas, primeiramente, como uma categoria administrativa no trabalho. As ACS referem-se às pessoas com transtorno mental como apenas uma a mais na micro-área, ou seja, mais uma no território de atividades das ACS. Ao mesmo tempo, elas indicam que o trabalho não é perspectivado. Tal referência à pessoa com transtorno mental traz a ideia de que esse usuário do serviço de saúde, apesar de ser um elemento reconhecido, não é alvo de algum delineamento de trabalho. As ACS possuem uma planilha organizada, com metas a cumprir. E pessoas com transtornos mentais até são encontradas, contudo, o trabalho com a pessoa com transtorno mental não se aplica. É o que se evidencia na seguinte fala:

Trabalhar não, eu apenas tenho um na minha área onde eu atuo, onde eu trabalho atualmente tem um portador e tem outra senhora que ela teve uma recaída pós-parto, não ficou mais 100% como antes, não sei se pode se considerar como uma pessoa com transtorno mental (ACS 1).

As pessoas com transtornos mentais são identificadas, porém as ACS não têm a noção dos procedimentos a efetuarem frente a elas, ficando estas como estrangeiras, cujo idioma não se entende, a menos que alguém o traduza. Tal situação relaciona-se a um estranhamento e distanciamento no contato com a pessoa com transtorno mental, como se verifica na fala a seguir:

E esse outro que eu tenho, geralmente eu converso com a mãe dele, então eu não tenho contato com ele diretamente. Eles estão ali, se eu não converso com eles, eu converso com outra pessoa da família, mas eles estão ali, eu tenho que acompanhá-los também (ACS 1).

Uma possibilidade dessa tradução, quiçá perspectivando um trabalho, pode ser vista, no relato anterior, pensada a partir da identificação da família como intermediária nesse trabalho. Frente ao despreparo e ao desconhecimento de procedimentos acerca da pessoa com transtorno mental, a família é intermediária. Tal modo de consideração da pessoa com transtorno mental no trabalho do ACS traz, em linhas gerais, conflitos com o cumprimento do papel delegado, aos ACS, de contato com a população adstrita. Além disso, no tocante à atenção dada à pessoa com transtorno mental, pode ser relacionado um tipo de trabalho que pode não estar contribuindo *in totum* para a autonomia dessas pessoas.

A fala anterior sugere o quanto os ACS poderiam desempenhar ações convergentes para o avanço da reforma psiquiátrica e para a inserção social da pessoa com transtorno mental na comunidade. A família como intermediária no contato do ACS com as pessoas com transtorno mental deixa entrever a possibilidade perdida de ter considerado integralmente esta pessoa. Ou seja, a pessoa com transtorno mental não é considerada enquanto tal, e também não é considerada para além de sua condição de ter um transtorno mental, como uma pessoa que convive naquela comunidade.

Relacionado à consideração integral da pessoa com transtorno mental, somente as ações de humanização e acolhimento dos serviços poderão favorecer a desconstrução do antigo modelo da psiquiatria manicomial, ações essas que necessitam ser realizadas com famílias e comunidade. Sendo assim, um usuário com transtorno mental demanda serviços na atenção básica que pressuponham novos conhecimentos, a fim de se modificar a ideia de doença e de uma atitude assistencialista (FRANÇA & VIANA, 2006). De acordo com os autores, a atenção à saúde mental não pode ficar rígida, fixa na prevenção de crises, mas deve contemplar a prevenção, de modo que a população adquira novos hábitos e reflita sobre as noções de saúde e doença de modo mais amplo.

Buscando maior focalização das pessoas com transtornos mentais, estas aparecem para os ACS como pessoas que fogem ao padrão de normalidade, ou aquelas que têm problemas psicológicos e biológicos e que apresentam dificuldades na vida. A fala de uma das ACS entrevistadas deixa transparecer uma tentativa de determinação do que não é saudável e do que não é normal:

Portador de transtorno mental pra mim é aquela pessoa, a gente vai usar o termo, que foge um pouco da normalidade, mas que tem uma pequena diferença em relação à maioria das pessoas [...] É isso que me vem à mente, vem logo uma pessoa com uma diferença, com alguma coisa diferente da gente, no caso (ACS 1).

A identificação dessas pessoas se dá considerando-as como aquelas que fogem ao padrão de normalidade, o que remete à problemática do normal e do patológico, enquanto um padrão oriundo de uma expectativa social, enquanto um valor que exige equilíbrio (SERPA JR, 2006). Dessa forma, quem não estiver inserido nesse contexto está fora do normal.

Em face disso, a discussão do normal enquanto valor e a inexatidão do que seja um transtorno deveria ser foco de crítica nas capacitações dos ACS, ou

seja, na direção de problematizar os próprios conteúdos que o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003) estabelece, quando indica não ter a pretensão de formular uma definição exata e precisa. E, do mesmo modo, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), que conceitua transtorno mental como algo inexato, abrangente, servindo apenas para apontar “um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado [...] a sofrimento e interferência com funções pessoais” (p. 5).

À importância de que os ACS reflitam sobre seus modos de consideração das pessoas com transtorno mental, pode ser acrescida a reflexão sobre formas históricas dessa mesma consideração. As ACS entrevistadas parecem enfrentar o não saber com a referência que já foi mais enfatizada na história: a perspectiva biológica. O transtorno mental é relacionado com deficiência. Nas entrevistas, isto pode ser ilustrado por meio da seguinte fala:

Mental que eu entendo que é mais cabeça, né? Transtorno mental, alguma pessoa com um tipo de problema psicológico, não seria só uma deficiência mental, eu acho. Não é só uma deficiência por natureza, eu acho que é um problema, um agravamento no decorrer da vida, sei lá, chega num certo momento que a pessoa fica com aquele transtorno mental, como se fosse uma doença, sei lá, eu entendo isso (ACS 2).

Ceccarelli (2005) afirma que a psicopatologia está intimamente ligada a cada contexto histórico. Nesse sentido, os transtornos mentais foram organizados, estudados e classificados, o que fez surgir uma diversidade de técnicas e teorias ao longo do tempo, sendo que, dentre elas, há a perspectiva dicotomizada social e biológica, havendo certo predomínio da última.

O aprofundamento da compreensão das pessoas com transtornos mentais pelo ACS, na complexidade que se relaciona a esse transtorno, amplia a maneira como o ACS, sendo morador da comunidade, lida com essa população em seu trabalho. As ACS vêm essas pessoas como excêntricas, agressivas, isoladas, usuárias de substância química, desorientadas dentro da normalidade e acolhida. Além disso, também cabe citar, dentre as ACS, a não percepção da presença de pessoas com transtornos mentais. A visão da pessoa com transtorno mental como excêntrica indica o quanto os transtornos mentais ainda estão amarrados à noção de inadaptação e de desajuste da ordem social e até dos valores culturais, ressaltando

a ideia de doença como algo desviante e em desequilíbrio (PUEL; BRUM & MAY, 1997). É o que se evidencia na fala seguinte:

Temos o Y [...]. Ele é um senhor, né, ele é bem gordinho, às vezes todo sujo com a camisa aberta, e ele anda sempre com uma gaiola na mão. Então ele não paga o ônibus, ele embarca num ponto e desce no outro, fala com todo mundo, ele mexe com as meninas, que não é uma situação das pessoas da idade dele, uma pessoa normal não faria isso (ACS 1).

Já a compreensão das pessoas com transtornos mentais pelas ACS como pessoas agressivas, desorientadas e isoladas pode ser vista na fala de uma das entrevistadas: “sim, eu tenho até uma vizinha que tem um transtorno mental, ela já até já foi internada na Colônia. Ela é diferente de aparência, ela é bem agressiva, fala bem alto, fala muito palavrão” (ACS 6). Sobre isto Amarante (2000) afirma que a loucura, durante muitos séculos, esteve intimamente ligada à ideia de perigo. As pessoas acometidas pela doença eram retiradas do convívio social e inseridas nos hospitais, a fim de se deixar a comunidade preservada de sua presença. Essa perspectiva se faz presente de modo destacado na fala na dessa entrevistada.

A visão sobre as pessoas com transtornos mentais, contudo, segundo uma das entrevistadas, também se apresentou de maneira diversa, ou seja, como a de uma pessoa dentro de uma normalidade. Uma das ACS entrevistadas diz: “Mas hoje já tá assim, uma coisa tão normal [...]; já frequenta a escola comum, creche comum” (ACS 5). Diante desse contexto, coteja-se a perspectiva de Amarante (2000), que afirma que a noção de saúde e doença deve ser transformada numa visão de existência e de sofrimento, o que pode servir de base de enfrentamento de uma consideração mais realística dessas pessoas com suas peculiaridades e não normalizadas enquanto comuns. Isso leva a considerar que a fala da entrevistada denota uma percepção diversa daquela lógica sócio-histórico-cultural da exclusão e não se dirige pela lógica da normalidade, mas é uma percepção que ainda há de trilhar algum caminho no sentido de perspectivar as especificidades da pessoa com transtorno mental.

Ainda focalizando-se as pessoas com transtornos mentais por parte das ACS, outra percepção encontrada foi a de acolhimento: “tem outras pessoas que são portadoras e pelo que eu vejo na comunidade, a comunidade acolhe porque são pessoas daqui, são pessoas conhecidas” (ACS 4). Esse tipo de posição diante da pessoa com transtorno mental tem correspondência à ideia de que a Reforma

Psiquiátrica precisa de uma mudança na dimensão sócio-cultural e pode ter sustentação entre possibilidades já existentes de inclusão organizadas também no cotidiano das pessoas. Amarante (2003) diz que o auge da Reforma Psiquiátrica seria a efetivação de mudanças na ordem sócio-cultural de consideração e cuidado das pessoas com transtornos mentais. A isso se relaciona a importância de não ocorrer apenas uma transposição da pessoa com sofrimento psíquico para a posição de uma pessoa comum na comunidade. Para o autor, faz-se necessário “[...] transformar o imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade, passando pelas distinções de doença mental, loucura, desrazão, até chegar ao conceito de existência-sofrimento” (p. 33). A transformação do imaginário social exige a convivência com a diferença de modos de existir. Por meio dessa convivência, a comunidade passaria de uma visão estigmatizante do “louco”, no sentido atribuído por Goffman (1988), na qual este é tutelado e excluído, para alguém visto e acolhido pela comunidade. Dessa forma a comunidade poderia desempenhar seu papel fundamental para o exercício da autonomia dessas pessoas.

O trabalho do ACS, pela sua aproximação aos modos mais íntimos das vivências de uma comunidade, pode ser um grande aliado da perspectiva da reabilitação social. Tal trabalho pode ser considerado *locus* importante para o qual podem convergir práticas cuja tônica seja a de refletir acerca de como vem sendo construída a concepção de loucura na sociedade, bem como sobre suas formas de tratamento. Nesse contexto, de acordo com Amarante (2000) faz-se necessário haver um novo contexto de atuação, com:

[...] um novo objeto - a saúde mental; um novo objetivo - a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento - a coletividade; um novo agente profissional - as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento - a comunidade; uma nova concepção de personalidade - a unidade biopsicossocial (p. 39).

Uma discussão sobre o preparo profissional dos ACS é possível a partir dos seus posicionamentos sobre seu trabalho. De acordo com as ACS, há despreparo, necessidade de auxílio de outros profissionais, trabalho baseado no vínculo estabelecido, trabalho baseado no senso comum e dificuldades na integralidade da equipe. Nesse contexto, cabe questionar como as ACS podem encaminhar situações e proceder diante desses usuários, uma vez que a

consideração das pessoas com transtornos mentais denota distanciamentos, e quando abordados diretamente sobre suas possibilidades de trabalho, indicam sua falta de condição. A ausência de preparo é observada na fala a seguir: “[...] parte da gente, a gente não tem um manual de como você vai agir com uma pessoa portadora de doença mental, tu não tens uma explicação prévia” (ACS 1). As dificuldades advindas dessa falta de preparo, o que em última instância impede o ACS em se comunicar a pessoa atendida, evidenciam o questionamento de como se pode construir a saúde nessas relações. A fala a seguir ilustra tal reflexão:

É difícil porque, como eu posso colocar pra ti assim, é essa diferença que é, a pessoa tem, tu não sabe como lidar com isso, eu vejo uma dificuldade assim. Às vezes a pessoa vem conversar contigo e tu não sabe nem o que tu vai falar pra ela, qual é a reação que ela vai ter (ACS 1).

O trabalho também é visto pelas ACS baseado no vínculo estabelecido. Isto indica que o preparo advém da construção de um vínculo oriundo do cotidiano de trabalho, como pode ser visto a seguir:

Já teve casos, como eu digo, de uma depressão, que a pessoa se tornou agressiva. E na outra área que eu trabalhava, até conseguir entrar e conquistar a pessoa para que viesse atender foi difícil, foi com muito esculacho e muito corridão. Depois que a gente conseguiu, fez aquele vínculo entre duas pessoas, até foi legal, eu passava todo o mês, a pessoa recebia legal, conversava, aí desabafava. A gente vira um psicólogo [risos] (ACS 5).

Lancetti (2006) afirma que a atuação dos ACS pode gerar saúde e saúde mental, pois os ACS, além de serem membros da comunidade e trabalhadores na mesma, têm suas atividades potencializadas, porque “se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas” (p. 93). É com base nisso que mais uma vez se afirma a necessidade de investimento no trabalho do ACS, com vistas à compreensão do contexto de saúde como um todo, uma vez que

[...] os agentes comunitários de saúde vivem na alma da periferia e são, por definição, paradoxais. Eles são membros ao mesmo tempo da comunidade e da organização sanitária. Eles e elas estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros, que busca defender a vida e, pela clínica de saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, o suicídio e o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre (p. 94).

É no *locus* da paradoxalidade indicada por Lancetti (2006) que os ACS também se colocam na tarefa de realizarem um trabalho baseado no senso comum,

como diz uma ACS: “eu vou pelo que eu acho que é mais correto né? Eu penso que assim vai ser mais fácil lidar com essa pessoa...” (ACS 1). Dessa forma, como foi visto, se há um trabalho sem preparação profissional no qual o vínculo vem dar suporte, o senso comum, por sua vez, com sua construção de conhecimento, é outro tipo de apoio ao trabalho dos ACS. Ou seja, parece que a articulação entre o reconhecimento de vínculos e o reconhecimento do senso comum leva a situações em que um trabalho se torna possível. Esta articulação, uma vez aliada aos princípios do SUS e às propostas da Reforma Psiquiátrica, poderia se constituir fundamento para a profissionalização dos ACS no trabalho com pessoas com transtornos mentais.

Ainda na direção de compreender o preparo dos ACS para o trabalho com pessoas com transtornos mentais, os dados das entrevistas com os ACS permitem considerar situações nas quais se faz necessário o auxílio de outros profissionais. Aqui o trabalho das ACS aparece oscilando para o outro lado da paradoxalidade indicada por Lancetti (2006), pois elas demandam parâmetros profissionais em sua ação e alcance de integralidade em seu trabalho. Isto pode ser evidenciado na fala seguinte:

Então, a gente leva para os enfermeiros, eu no caso levei para o enfermeiro e falei que eu tinha esse problema na minha área, daí ele me aconselhou a perguntar para essas pessoas se elas já são encaminhadas, porque são pessoas na verdade que já tomam medicamentos e foge dos nossos indicadores. Então o que eles [enfermeiros] falaram: “encaminha para o psiquiatra” (ACS 3).

Entende-se aqui a falta de acolhimento de um trabalho mais amplo a ser realizado pelo ACS. A fala anterior parece indicar um trabalho não processado pela equipe do posto. O trabalho é interrompido e não apreendido pelo ACS, na clara limitação a um encaminhamento apenas externo ao trabalho do posto. O alcance desse processamento e dessa apreensão demandaria um trabalho planejado e avaliado, entre equipe do posto e ACS, uma diretriz de trabalho que é colocada pela própria Secretaria de Saúde do Estado (SANTA CATARINA, 2006).

A interdisciplinaridade, um dos fundamentos para o trabalho em saúde, a partir da instalação do SUS, parece ser requerida pelas ACS. Estas deixam evidenciada a necessidade de um acompanhamento de seu trabalho por meio da elaboração de um projeto de trabalho comum, e que demande constantes

avaliações. Dito de outro modo, um projeto comum é condição para a participação da atenção básica no projeto da reforma psiquiátrica, e até mesmo para a atenção em saúde de outras populações. Pode-se afirmar que tal projeto comum pode ser potencializador para o trabalho da equipe como um todo, em face da tarefa de alcançar a integralidade em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o Ministério da Saúde faz parte do trabalho do ACS identificar as dificuldades das pessoas da comunidade (SANTA CATARINA, 2006). Essa exigência relativa ao trabalho pode ser considerada importante para o trabalho junto às pessoas com transtornos mentais que fazem parte de uma comunidade. Porém, como o ACS poderá desempenhar tal função quando seu ingresso na rede de saúde pública ainda é um plano de complementação de renda? Ou quando seu projeto profissional é circunscrito à sua realidade financeira e familiar? E ainda, como o ACS poderá desempenhar tal função sem qualificação para ingressar no trabalho de alta densidade que é a atenção básica?

As dificuldades de um trabalho voltado para pessoas com transtornos mentais são constatadas mais de perto quando se verifica até mesmo a não percepção de algumas ACS entrevistadas em relação a essas pessoas, bem como a dificuldade da compreensão do que vem a ser um transtorno mental. As ACS, ao não conseguirem articular um trabalho qualificado em nível técnico na comunidade, reproduzem um padrão de consideração social, envolto em moralidades acerca das pessoas com transtornos mentais. No entanto, essas dificuldades, para além das questões da vinculação das ACS com o seu próprio trabalho, podem ser ampliadas quando se configura uma compreensão baseada no modelo biológico de saúde-doença. A força da perspectiva biológica resulta em sérias dificuldades para que, na comunidade, ocorram procedimentos e encaminhamentos das pessoas com transtornos mentais consonantes com a Reforma Psiquiátrica.

A transformação das várias dificuldades identificadas, em geral, e das relativas ao tipo de consideração da pessoa com transtorno mental se faz importante. Tais transformações são vislumbradas como estratégicas para a consecução do princípio mais geral da saúde como um direito, quando se requer a consideração do sujeito com suas especificidades, e ao mesmo tempo

vislumbrando-se sua autonomia. Assim os ACS poderão fazer parte de uma reforma psiquiátrica com base comunitária, pois, conforme Lancetti (2006) são a alma da comunidade. De acordo com o autor, o trabalho dos ACS pode produzir saúde e saúde mental, visto que esses profissionais são integrantes da comunidade e, do mesmo modo, da equipe atenção básica em saúde. Logo, suas ações são potencializadoras e revolucionárias, pois “se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas” (p. 93).

Em face dessa perspectiva colocada para o trabalho dos ACS, faz-se necessário um projeto de trabalho que sustente ações em saúde mental por parte destes, construído juntamente com a equipe. Faz-se necessário também o enfrentamento de pesquisas sobre a temática da interdisciplinaridade, tendo-se como tema ações em saúde mental que contemplem a interdisciplinaridade junto aos ACS no contexto da atenção básica em saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: SCLIAR, Moacyr et al. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao.htm#cfart196>. Acesso em: 10 out. 2008.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *LEI n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 out. 2008.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *LEI n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 17 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *A política de saúde mental do MS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>> Acesso em 7 out. 2008.

CECCARELLI, Paulo. Psychic suffering from the fundamental psychopathology perspective. *Psicologia em estudo*. Vol. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 de maio de 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento*. Trad. Dorgival Caetano. 1ª ed. Ed Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Dayse Batista. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

FRANÇA, Ana Carol P.; VIANA, Bartyra Amorim. Interface psicologia e programa saúde da família-PSF: reflexões teóricas. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*. Vol. 26, n. 2. Brasília, jun. 2006.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Trad. Mathias Lambert. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MYNAIO, M.C.S. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir & BRUTSCHER, Volmir (Orgs.). *Direito à saúde com controle social*. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS), Fórum Regional da Saúde (Norte do RS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular. Passo Fundo/RS, 2003.

LANCETTI, Antônio. *Clínica peripatética*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, Maria C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

PUEL, Elisia; BRUM, Mara. C. M & MAY, Marta. P. A doença mental transpondo barreiras hospitalares: conceitos diversos sobre hospital, loucura, mundo e cidadania. In: PUEL, E. et al. *Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1997. p. 31-75.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. *Gerência de Atenção Básica – PSF*. Florianópolis, 2006.

SANTOS, Andrea C; VASCONCELLOS, Miguel Murat & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Novas Perspectivas em Atenção Psicossocial. *Revista Dynamis*, Blumenau, Santa Catarina: Editora FURB, v. 12, n. 46, p. 23-28, 2004.

SERPA Jr., Octávio Domonte. Indivíduo, organismo e doença: atualidade de o "Normal e o Patológico" de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2006. Disponível em <www.Puc-rio.br/sobrepuc/depto/psicologia/octavio.html>. Acesso em 18 mai. 2007.

ABSTRACT

The psychiatric reform process in Brazil demands new possibilities and strategies of intervention in the mental health scenario. In this context, the Basic Health Units (BHUs) are considered devices that intend to promote new forms of relationship with the mental health. The BHUs rely on the Health Community Agents 'work (HCA), responsible for providing care to the community. We aimed at verifying the comprehension level about the person with a mental disorder that the HCAs of a BHU in Palhoça/SC had. We tried to identify the problems HCAs went through while giving support to these people and their family, and how they directed them according to the requested demands. The content analysis was done through a posteriori categories. The data show that the HCAs do not have their work acknowledged as professional, having difficulties in understanding and recognizing phenomena related to mental disorders, pursuing the biological intervention. Still, the HCAs' work, which is based on common sense, is seen by them as having potential for expansion, as long as they have more support from the basic care team.

KEYWORDS: Mental disorder, Basic care, Community agents.