

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO EM PSICOLOGIA

MARCELO ARINOS DRUMMOND JUNIOR

**AÇÕES DE SAÚDE MENTAL POR AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE: INVESTIGANDO UMA EXPERIÊNCIA DE SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Belo Horizonte

2009

MARCELO ARINOS DRUMMOND JUNIOR

**AÇÕES DE SAÚDE MENTAL POR AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE: INVESTIGANDO UMA EXPERIÊNCIA DE SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação

Orientador: Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen

Belo Horizonte

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

150 Drummond Junior, Marcelo Arinos
D795a Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde
2009 [manuscrito] investigando uma experiência de saúde mental na
na atenção básica / Marcelo Arinos Drummond Junior. – 2009.

136 f.

Orientador: Cornelis Johannes van Stralen.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia - Teses 2. Saúde mental – Teses 3. Psicologia social-
Teses. I. Stralen, Cornelis Johannes van II. Universidade Federal de
Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Mestrado em Psicologia

A Dissertação "*Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: Investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica.*"

elaborada por **Marcelo Arinos Drummond Júnior**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 31 de agosto de 2009.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen
(Orientador)

.....
Profa. Dra. Andréa Máris Campos Guerra

.....
Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Dedico este trabalho aos profissionais da Área da Saúde, que atuam com entusiasmo, coragem e ímpeto, na prática de cuidados ao portador de sofrimento mental, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusto Braga (Betim).

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Cornelis Johannes van Stralen por ter aceitado a orientação deste trabalho, pelos nortes, pela confiança e pelas horas de agradáveis conversas sobre a história (e seus bastidores) das Políticas Públicas de Saúde no Brasil a partir dos anos 1960.

Aos mestres Paulo Amarante e Antônio Lancetti, por terem norteado minhas idéias e minha prática em Saúde Mental através de suas publicações.

Ao psicólogo Marcus Vinícius de Oliveira Silva, por ter possibilitado a ampliação de minha compreensão sobre Saúde Mental, ao me introduzir nos campos da gestão, do planejamento e da luta em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ao médico generalista e entusiasta da Saúde Mental, Luiz Eduardo Miranda Gonzaga, pelo convite para participar, pela primeira vez, de um processo educacional em Saúde Mental com Agentes Comunitários de Saúde, em 1998.

À colega e amiga Aparecida Rosângela Silveira, pelo estímulo ao aprofundamento conceitual sobre os cuidados em Saúde Mental realizados na Atenção Básica, e, de maneira especial, sobre aqueles executados por Agentes Comunitários de Saúde.

Aos amigos e companheiros de luta em prol da efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em especial Abílio de Castro, Ana Marta Lobosque, Lourdes Machado e Marta Elizabeth de Souza, pelo convívio afetivo e fecundo.

Aos colegas e amigos da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, em especial do Centro de Educação Permanente, pelo carinho, incentivo e tolerância com minhas ausências para a elaboração deste trabalho.

À Diretora da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Tammy Claret Monteiro, e ao seu Superintendente de Educação, Thiago Horta, pelo apoio sem reservas à realização deste trabalho.

Aos Coordenadores do Centro de Educação Permanente da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Michael Molinari e Ana Cristina Mortimer Lio de Carvalho, pela torcida e pelo apoio sem reservas à realização deste trabalho.

Aos meus pais Marcelo e Neya, por me iniciarem nas práticas do pensar, por sua generosidade e entusiasmo para a vida e às minhas irmãs Cláudia e Carla pelo carinho e incentivo permanentes.

Às minhas filhas Priscila e Marcela pelo constante incentivo e encorajamento frente às dificuldades para a elaboração deste trabalho

À minha esposa e companheira Gercê, pelo estímulo integral e pela tolerância com minhas ausências durante o processo de elaboração deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo a investigação de uma experiência de cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica protagonizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) lotados em uma unidade básica de saúde do município de Betim, Minas Gerais. A inclusão das práticas em Saúde Mental na Saúde da Família, faz parte das políticas públicas do Brasil. Integram as equipes de Saúde da Família os Agentes Comunitários de Saúde, agentes sanitários obrigatoriamente residentes nas comunidades onde irão atuar, cujas ações foram instituídas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Não existem diretrizes políticas nacionais para a realização de cuidados em Saúde Mental especificamente por estes profissionais. Para a pesquisa dessa experiência foi utilizada a metodologia qualitativa. Dados primários foram obtidos através de seis entrevistas semi-estruturadas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde em questão, através de duas entrevistas semi-estruturadas realizadas com técnicos de nível superior que também participaram da experiência dando suporte às ações dos ACS e através de três visitas para observação participante em uma oficina terapêutica por eles coordenada. A Análise Temática de Conteúdo norteou a análise dos dados obtidos. Os referenciais teóricos utilizados neste processo são as prescrições para a organização da Atenção Primária à Saúde expressas pela Declaração de Alma Ata e os princípios e experiências de *desinstitucionalização* oriundas da tradição basagiana. O material coletado foi distribuído entre três grandes temas: Acontecimentos Originários Locais, Cuidados em Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde e Sentidos de uma Prática. Concluiu-se que a experiência foi gestada durante encontros realizados pelo psicólogo da unidade objetivando a redução de conflitos na equipe dos ACS. Estes profissionais passaram a formular nos encontros perguntas sobre os casos de sofrimento mental de seus territórios de atuação e a questionar a dificuldade de acesso destes casos ao tratamento ambulatorial então realizado na unidade de saúde. Como consequência imediata, foi instituído um dispositivo denominado Recepção, para acolhimento dos casos demandantes. As reuniões da Recepção ocorriam sempre com a presença de ACS. Esta iniciativa teria permitido a estes o exercício da *escuta*. As ações dos ACS em Saúde Mental se basearam em conhecimentos adquiridos em um processo educacional através de reuniões de equipe semanais onde os casos eram discutidos por ACS e técnicos de nível superior. Além das ações de identificação de casos novos, acompanhamento dos casos em tratamento para observação sistemática de seu estado e encaminhamento desses para técnicos de nível superior, sempre planejadas e discutidas nas reuniões de equipe, concluiu-se que os ACS executavam também acompanhamentos de casos a eles referenciados utilizando o dispositivo *escuta* e a *dimensão afetiva* na relação terapêutica. A ampliação dos horizontes, o desenvolvimento da capacidade de aceitar as diferenças e da capacidade de escutar o outro, a percepção da importância de seu papel na melhora dos usuários e a vinculação afetiva com os mesmos compõem parte importante do universo de sentidos que os ACS atribuem às suas práticas em Saúde Mental.

Palavras Chave: Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Básica em Saúde, Desinstitucionalização, Estratégia da Saúde da Família, Saúde Mental.

ABSTRACT

The purpose of the actual piece of work is the investigation of a Mental Health care experience in Primary Care, performed by Community Health Workers (CHW) working at a basic health unit in the district of Betim, Minas Gerais State. The inclusion of Mental Health practices in Family Health is part of Brazilian public policies. The Family Health teams are integrated by the Community Health Workers, sanitary workers who necessarily inhabit the community where their action is to take place, and whose activities were defined by the Community Health Workers' Program. There are no national policies for Mental Health care specifically directed to these professionals. The qualitative methodology was used in this research. Primary data were obtained by six semi-structured interviews done with the Community Health Workers in question, by means of two semi-structured interviews done with university degree technicians, who also participated of this experience giving support to the CHW's actions. This data was also collected during three participant observation visits in a therapeutic workshop coordinated by the CHW. The Thematic Content Analysis guided the analysis of the obtained data. The theoretical references used in this process are the recommendations for the organization of the Primary Care in health expressed by the *Alma Ata* Declaration and the principles and experiences of deinstitutionalization based on basaglian tradition. The collected material was distributed in three main themes: Locally Originated Happenings, Mental Health Care by the Community Health Workers, and Meanings of a Practice. One concludes that the experience was conceived during the meetings organized by the unit's psychologist aiming the reduction of conflicts inside the CHW teams. These Professional begun to ask questions, during these meetings, concerning the mental suffering cases from their territory of action and to put in question the difficulty of ambulatorial treatment access of these cases, that happend at the Health Unit. As an immediate consequence, a mechanism named The Reception Room was instituted, in order to welcome the demanding cases. The meetings at The Reception Room always took place in the presence of the CHW. This initiative is supposed to have allowed them to practice their *listening*. The action of the CHW in Mental Health was based on the knowledge they acquired in an educational process that occurred at weekly team meetings in which both the CHW and the university degree technicians discussed the cases. It is possible to see that not only did the CHW identify the new cases, follow the ones in treatment in order to systematically observe their mental state, set them out to university degree technicians (actions that were always planed and discussed at the team's meetings), but also carried out the following of the cases for which they were responsible, using the mechanism of *listening* and the *affective dimension* of the therapeutic relationship. The broadening of horizons, the capacity of accepting the individual differences and capacity of listening to the other, the comprehension of the importance of their role in the healing of the users of the health system and affective bond established with them are an important part of the universe of meanings the CHW attribute to their practice.

Key words: Community Health Workers, Primary Health Care, Deinstitutionalization, Strategy in Family Health, Mental Health

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	01
II - CONSTRUINDO O OBJETO: FUNDAMENTOS HISTÓRICO/INSTITUCIONAIS	07
2.1 Saúde Mental na Atenção Básica: Um Modelo em Construção	07
2.1.1 Definindo Atenção Básica e Saúde Mental	07
2.1.2 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: Panorama Atual	15
2.1.3 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: História Progressiva	20
2.1.4 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: Modelo em Xequê	30
2.1.5 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: Reafirmação de um Modelo	34
2.2 Agentes Comunitários de Saúde: agentes de Saúde Mental?	38
2.2.1 Uma prática pouco divulgada	39
2.2.2 Função e profissão de Agentes de Saúde	40
2.2.3 Agentes de Saúde nas práticas em Saúde Mental: antecedentes no Brasil	46
2.2.4 Agentes Comunitários de Saúde nas práticas em Saúde Mental: papel básico	48
2.2.5 Agentes Comunitários de Saúde nas práticas em Saúde Mental: papel avançado	51
III – REFERENCIAL TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO	59
3.1 Referencial Teórico	59
3.1.1 Declaração de Alma Ata	59
3.1.2 Desinstitucionalização	61
3.1.3. Reflexões	66
3.2 Estratégia Teórico-Metodológica	67
3.2.1 Fase Exploratória	68
3.2.2 Trabalho de Campo	70
3.2.3 Análise e Tratamento do Material Coletado	74
IV - INVESTIGAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UBS GERALDINA AUGUSTO BRAGA	76
4.1 Condições Institucionais Gerais	76
4.2 Acontecimentos Originários Locais	78

4.3 Cuidados em Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde_____	85
4.4 Sentidos de uma Prática._____	102
V - CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS_____	115
ANEXOS_____	121

I- INTRODUÇÃO

Configuram-se como objeto do presente trabalho os Cuidados em Saúde Mental realizados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais leigos oriundos da própria comunidade onde devem atuar.

Mais especificamente, trata-se da investigação de uma experiência que vem sendo realizada por ACS de uma unidade básica de saúde (UBS Geraldina Augusto Braga) situada em bairro do município mineiro de Betim.

Ao longo do ano de 2005, a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em parceria com a Coordenação Estadual da Atenção Básica, promoveu um ciclo de Seminários Regionais sobre Saúde Mental na Atenção Primária, em todo o estado. Este processo culminou, em abril de 2006, na realização do I Seminário Estadual sobre Saúde Mental na Atenção Primária.

Em complemento ao I Seminário, foi instituído o concurso José César de Moraes, cujo objetivo era premiar as 10 experiências de maior êxito em Saúde Mental na Atenção Primária. Para analisar e definir as experiências que fariam jus ao prêmio, foi instituída uma comissão interinstitucional de avaliação, da qual o autor do presente trabalho participou.

Uma das experiências candidatas se desenvolvia a partir da Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusta Braga, em Betim – MG. O psicólogo Alexandre Bispo assinou a ficha de inscrição do concurso José César de Moraes na condição de profissional responsável pela experiência. Todavia, o campo referente à descrição da atividade foi preenchido por um texto, supostamente elaborado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este texto, por seu ineditismo e por sua importância para o presente trabalho, apesar de extenso, será aqui reproduzido integralmente a seguir:

“Nós, agentes comunitários de saúde (ACS), não éramos preparados para lidar com portadores de sofrimento mental. O preconceito, o medo, o despreparo nos impediam reconhecer, abordar e encaminhar os casos. Os profissionais de saúde mental se propuseram a nos capacitar e nos dar suporte para a identificação e o encaminhamento de possíveis casos que viéssemos a encontrar na comunidade.

A partir dessa capacitação, conhecemos a história da saúde mental. Durante esse treinamento falávamos também, das queixas constantes em nossas visitas sobre o difícil acesso aos profissionais, visto que a UBS Geraldina Augusta Braga é a referência em saúde mental para os bairros PTB, Jardim Santa Cruz, Paulo Camilo I, II e III, Petrovale, Jardim Nazareno, Guanabara I e II, Campos Elísios, Kennedy, Cruzeiro e José Gomes, atendendo a uma população de aproximadamente 34.000 habitantes.

Então, a equipe de saúde mental e nós (ACS), formamos uma parceria para implantarmos novas formas de atendimento que pudessem acolher os usuários de forma mais rápida e eficaz. O elemento facilitador dessa parceria seria a inserção dos agentes comunitários com o objetivo de prevenção e promoção a saúde dentro das casas dos moradores, o que possibilitaria ao profissional de saúde mental ter contato direto ao paciente dentro do seu ambiente natural e podendo estender o tratamento além do consultório médico, como também, receber novos casos identificados pelos ACS, que poderiam continuar desconhecidos.

Pensando em uma forma de atendimento que acolhesse melhor os usuários, criamos o que foi denominada Recepção de Saúde Mental, que acontecia às segundas e quartas feiras, com grupos alternados e contando com a presença de 2 psicólogos, 2 ACS e 1 assistente social. A recepção passou a ser a porta de entrada da UBS para a saúde mental, proporcionando uma identificação mais clara e rápida das demandas que eram realmente para a saúde mental e encaminhando as outras demandas aos locais devidos. Sua principal característica era propiciar uma escuta diferenciada do usuário. Após a recepção nos reuníamos para discutir os casos, esclarecíamos as dúvidas e dávamos os devidos encaminhamentos necessários. Após um ano, a recepção acabou por motivos internos, mas a diferença que se deu no tratamento de cada usuário não pode ser negada.

Outros dispositivos também criados foram as Oficinas Terapêuticas que também se tornaram nossas aliadas no tratamento ao portador de sofrimento mental. Essas oficinas acontecem todas as quintas-feiras com a participação dos ACS e a supervisão da equipe de saúde mental. Seu objetivo é reafirmar a capacidade de tomada de decisões e iniciativas do portador de sofrimento mental, buscando o entrosamento no grupo e dar aos usuários o direito a liberdade para suas escolhas. Também oferecemos uma escuta adequada e ética a essas pessoas, para que de alguma forma possamos amenizar os seus sofrimentos. Mas como não visamos fins lucrativos, as nossas oficinas passam por dificuldades uma vez que contamos com doações de materiais para o prosseguimento dos trabalhos, da boa vontade de professores para nos ajudar e de locais cedidos pela comunidade para realização dos encontros. É interessante ressaltarmos que quando essas dificuldades aparecem colocamos as questões para os frequentadores da mesma e damos os devidos encaminhamentos para resolução do problema.

A partir de nossas visitas domiciliares (que abriam nossos horizontes) e trabalho realizado com usuários que não saíam de suas casas por serem acometidos de um sofrimento psíquico mais severo, podemos ver o nosso trabalho tendo retorno, fazendo com que tenhamos ânimo, incentivo e nos ajude a continuar esse caminho. Podemos considerar todos esses trabalhos de grande importância no desenvolvimento da parceria entre ACS e saúde mental. Afinal, cuidar da saúde mental também faz parte da promoção à saúde.” (MINAS GERAIS, 2006, p. 2).

A primeira reação da comissão de avaliação foi de incredulidade. Além do texto de Mattos (s.d.) Agente Comunitária de Saúde que relata o acompanhamento e a evolução de um portador de transtorno mental grave, não conhecíamos outra produção escrita por ACS. Ficamos ainda especialmente surpresos com a afirmativa: “Também oferecemos uma escuta adequada e ética a essas pessoas, para que de alguma forma possamos amenizar os seus sofrimentos.” (MINAS GERAIS, 2006, p.2).

Difícil não causar surpresa o fato de Agentes Comunitários de Saúde, pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população, devendo para tal apenas ter concluído o ensino fundamental e um ainda um recém iniciado Curso de Qualificação Básica para Formação de ACS (BRASIL, 2002), oferecerem explicitamente sua escuta qualificada com o objetivo de amenizar sofrimentos da população.

Lançando luz à nossa surpresa, Antônio Lancetti lembra que “mesmo psiquiatras e psicólogos ou terapeutas ocupacionais progressistas acham um absurdo que pessoas “sem qualificação” possam atender drogados, psicóticos e até intervir numa situação de urgência.” (LANCETTI, 2007, p. 91).

Para colocar fim às dúvidas, a comissão de avaliação decidiu realizar uma visita não agendada ao serviço de saúde em questão. A visita foi realizada por dois membros, dentre eles, o autor do presente trabalho. O contato – direto -com os ACS, por fim, nos surpreendeu muito mais.

Falavam com propriedade sobre seu papel em ações de Saúde Mental. Após, nos apresentaram uma “oficina terapêutica”, cujo espaço (antiga garagem) havia sido por eles próprios conquistado através de empréstimo de membro da comunidade, assim como boa parte do material utilizado. Mostraram um caderno com atas por eles elaboradas de todos os encontros das “oficinas”, por eles coordenadas!

Não havia mais como duvidarmos da realidade da experiência. Agentes Comunitários de Saúde de fato realizando ações de Saúde Mental e com aquele *ímpeto* ao qual Lancetti (2001) faz

referência como característica de movimentos da Reforma Psiquiátrica¹.

A experiência terminou recebendo o Premio José César de Morais.

Diante do exposto, o presente estudo pretendeu lançar luz sobre as seguintes questões:

- a) Quais fundamentos histórico/institucionais no campo da Saúde possibilitaram a realização destas práticas?
- b) Quais acontecimentos originários locais propiciaram a realização destas práticas?
- c) Que práticas em Saúde Mental estão efetivamente sendo executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga?
- d) Quais os sentidos destas práticas em Saúde Mental para seus agentes, os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga?

Para respondermos à primeira questão, fundamental para a construção de nosso objeto, pesquisamos e apresentamos no Capítulo II do presente trabalho a literatura e os documentos que pudessem definir o campo Atenção Básica em Saúde e o campo Saúde Mental, por serem os campos onde estariam situadas as práticas a serem investigadas. Pesquisamos também, as políticas e experiências de inclusão dos cuidados em Saúde Mental realizados na Atenção Básica, ao longo da história e atualmente. Investigamos ainda o surgimento dos Agentes Comunitários de Saúde, seu papel e os antecedentes históricos de sua prática.

O Capítulo III foi utilizado para apresentarmos o referencial teórico que serviu de norte para nossa pesquisa e explicarmos o percurso metodológico pelo qual seguimos.

Como referencial teórico, utilizamos os princípios e diretrizes expressos na Declaração de Alma Ata, que orientam a organização da Atenção Primária em Saúde em diversos países do mundo, incluindo o Brasil. Este documento apresenta uma concepção abrangente e avançada de Atenção Primária à saúde, que deveria funcionar como um dispositivo central em torno do qual se

¹ Entendemos Reforma Psiquiátrica como “(...) um processo em construção desde o final dos anos 70, no contexto da redemocratização do país, a partir de denúncias de usuários e trabalhadores de Saúde Mental quanto às graves violações de direitos humanos vigentes em hospitais psiquiátricos (...)” (LOBOSQUE. et al., 2006, p. 36) que tem resultado na substituição gradativa destes por uma rede de serviços e outras iniciativas para cuidar e inserir o portador de transtorno mental grave na família e na sociedade.

organizariam os sistemas de saúde dos países. Propõe ainda a ampla participação da população, promovendo sua auto-suficiência e auto-determinação e a utilização, para consecução de suas ações, dos recursos disponíveis, sanitários e/ou comunitários.

Utilizamos também, os princípios e diretrizes da “desinstitucionalização”, movimento iniciado na Itália nos anos 1960 e 1970 capitaneado pelo psiquiatra veneziano Franco Basaglia (1924 – 1980), que contestou o exercício e a estrutura da psiquiatria clássica e que propôs uma importante mudança paradigmática do objeto das ações da Saúde Mental, que se deslocaria da suposta “doença mental” para o palpável sofrimento mental. A ênfase não mais se colocaria no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. A desinstitucionalização proposta por Basaglia não se confundiria com desospitalização e se constituiria enquanto desconstrução do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade em prol da “invenção da realidade” como processo histórico (AMARANTE, 1996).

Expusemos ainda no Capítulo III nosso referencial metodológico que foi a Análise Temática de Conteúdo, descrito e detalhado por Maria Cecília de Souza Minayo² e todas as etapas metodológicas que possibilitaram a conclusão deste trabalho.

Apresentamos no Capítulo IV o material coletado e nossas e conclusões sobre a experiência dos cuidados em Saúde Mental realizados pelos ACS da unidade básica de saúde Geraldina Augusto Braga. Para tal partimos da análise das Condições Institucionais Gerais que serviriam de base para a realização da experiência, onde utilizamos essencialmente documentos como fonte de dados. Após, analisamos o material coletado na pesquisa de campo através de três núcleos temáticos centrais: Acontecimentos Originários Locais, Cuidados em Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde e Sentidos de uma Prática.

A análise do material nos permitiu a compreensão de que se trata de uma experiência

² Socióloga, mestre em Antropologia Social e doutora em Saúde Pública. Atualmente é editora científica da revista ciência & saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz. Publicou 113 artigos, 37 livros (sozinha ou em grupo) e 96 capítulos de livros. Diversas de suas obras versam sobre metodologias de pesquisa em ciências sociais.

arrojada constituída nos moldes daquelas que seguem a via da desinstitucionalização e nos possibilitou conhecer os acontecimentos originários locais que propiciaram a realização destas práticas, as práticas em Saúde Mental que estão efetivamente sendo executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga e os sentidos destas práticas em Saúde Mental para seus executores: os Agentes Comunitários de Saúde. Assim tivemos nossos objetivos contemplados.

O Capítulo V foi utilizado para a apresentação de nossas considerações finais, onde refizemos, de forma breve, todo o percurso do presente trabalho e onde tecemos considerações sobre os destinos possíveis de experiências como a investigada.

II- CONSTRUINDO O OBJETO: FUNDAMENTOS HISTÓRICO/INSTITUCIONAIS

O objeto do presente trabalho são cuidados em Saúde Mental realizados por Agentes Comunitários de Saúde em uma experiência de inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Compreendemos como fundamentos histórico/institucionais dos cuidados que investigaremos as políticas e experiências, atuais ou não, relativas àquela inclusão, bem como as políticas relativas ao Agente Comunitário de Saúde e suas experiências nos cuidados em Saúde Mental. Pretendemos explicitá-las nesse capítulo após definirmos brevemente Atenção Básica em Saúde e Saúde Mental.

2.1 Saúde Mental na Atenção Básica³: Um Modelo em Construção

Abordaremos aqui duas áreas importantes da Saúde Pública: a Atenção Básica em Saúde e a Saúde Mental.

A Atenção Básica à Saúde no Brasil, a partir dos anos 1990, passou a ser organizada através do modelo da “Saúde da Família”, implementado por meio de dois grandes programas do Ministério da Saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família. Este último, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família.

2.1.1 Definindo Atenção Básica e Saúde Mental

Iniciaremos nossa investigação através do estudo de portarias e publicações do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais que expressem os princípios, a forma de organização e as práticas referentes às políticas atuais tanto para a Atenção Básica quanto para a Saúde Mental, no Brasil.

Devemos alertar que abordaremos com bastante brevidade a trajetória e configuração dos contextos em nosso país que permitiram que estes dois campos, chegassem ao atual nível de concepção e implementação, por entendermos que há suficiente produção acadêmica sobre o tema.

Investigando o Banco de Teses Capes em julho de 2009 (filtro “todas as palavras”) encontramos

³ O termo atenção básica à saúde assume, no contexto brasileiro conteúdo prático e institucional que internacionalmente é preferencialmente denominado como atenção primária em saúde (primary care), termo adotado na conferência referencial de Alma-Ata em 1978. O presente trabalho utilizará as duas denominações, sendo que a primeira se referirá especificamente às experiências brasileiras.

registradas 2429 teses e dissertações que abordam o tema Saúde Mental e 4078 que abordam o tema Saúde da Família (estratégia preferencial para organização da Atenção Básica no Brasil).

Não podemos deixar de enfatizar, todavia, que ambos os campos hoje desenvolvem suas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios filosóficos a universalidade de acesso, a promoção da equidade (reduzindo desigualdades) a integralidade de ações (atendendo a integralidade das necessidades) e a participação da população. O SUS tem também, como princípios organizativos a descentralização das ações e da gestão (única em cada esfera de governo), a hierarquização e a regionalização da atenção (permitindo a integralidade da atenção o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham). Com o advento do SUS, a promoção de cidadania se torna objetivo, dentre outros, das ações e serviços de saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde, expresso na Constituição Federativa do Brasil em 1988, foi resultado de um movimento de mobilização social denominado “Reforma Sanitária”⁴. A Saúde Mental de hoje foi resultado também de um movimento social: “Reforma Psiquiátrica Brasileira” (logo somado ao “Movimento da Luta Antimanicomial”⁵). Ambos os movimentos, gerados no contexto geral da mobilização pela reforma do sistema de saúde brasileiro, partilhavam o inconformismo com a situação de desassistência, com as precárias condições de saúde de grande parte da população, com o descaso das autoridades e com a mercantilização do setor. A Reforma Psiquiátrica, especificamente, também não se conformava com o abandono, o abuso, a violência e a exclusão social promovidos pelas instituições psiquiátricas tradicionais.

Estas “reformas” foram possíveis no contexto da redemocratização, timidamente iniciado no final dos anos 1970 (ainda durante a ditadura militar que se instaurou em 1964) e consolidado,

⁴ As bases da Reforma Sanitária Brasileira foram formuladas a partir do movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta. Escorel apud Paim, a definem como um conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados ao redor de um projeto (1997). Teve, dentre outras, a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social (PAIM, 1997. p 11).

⁵ “O movimento da Luta Antimanicomial é o sal da Reforma Psiquiátrica, deu o tom para essa Reforma no país. No mundo inteiro, muitas reformas acontecem, mas sem radicalizarem, sem o raciocínio de que a exceção é, muitas vezes, cruel. Mas, no Brasil, optamos pela radicalidade. Começamos a caminhada dizendo não a esta forma de exclusão que são os manicômios. E, nisso, a Carta de Bauru, editada naquele longínquo dezembro de 1987, que retomamos agora, mostra-se muito atual, porque rechaça o manicômio, essa forma perversa de exclusão”. Palavras de Marcus Vinícius de Oliveira Silva na matéria “20 Anos de Luta por uma Sociedade sem Manicômios”. *Jornal do Federal*, n.88. Conselho Federal de Psicologia, 2007, p.4.

quase uma década depois, com o advento da chamada “Nova República”. Por outro lado, tiveram como fator precipitante, dentre outros, uma crise financeira que impossibilitava a manutenção do modelo assistencial sustentado pela ditadura, baseado prioritariamente em ações biomédicas especializadas, centralizadas em hospitais e desenvolvidas através de convênios com a iniciativa privada.

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileiras sofreram (sofrem) todo o tipo de percalços e resistências por contrariarem interesses econômicos, corporativos, políticos e, mais particularmente com relação à segunda, até culturais. Apesar das dificuldades, as duas obtiveram inegáveis avanços, passados aproximadamente trinta anos de sua gênese.

Com relação à Saúde da Família, a adoção, a partir de 1994, do modelo como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica teve como determinante a necessidade da reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e para a atenção hospitalar, que vinha apresentando baixa resolutividade, produzindo insatisfação dos usuários, além de acarretar altos custos. Neste sentido, a Atenção Básica constitui-se em elemento fundamental na reordenação de todo o sistema de atenção à saúde. Com investimento na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na participação da comunidade, o modelo poderia elevar a assistência a níveis desejáveis e sustentáveis de qualidade e custos.

Atualmente no Brasil, a concepção de Atenção Básica adquiriu características próprias através de formulações criativas e peculiares. Como veremos adiante.

Atenção Básica ou Saúde Mental? Qual destes dois campos da saúde se desenvolveria em um dado território através do trabalho em equipe interdisciplinar norteado pelos princípios da responsabilização, da coordenação do cuidado e da consideração da singularidade do sujeito, buscando o estabelecimento de vínculo para promover redução de danos ou de sofrimentos e inserção sócio-cultural, possibilitando ao usuário um viver de modo saudável?

Provavelmente um profissional da Saúde Mental responderia de pronto que tais estratégias,

princípios e objetivos seriam características do campo de seu trabalho.

Os Centros de Atenção Psicossocial⁶ (CAPS), dispositivos de fundamental importância para atual política de Saúde Mental, por exemplo, atuam em determinada base territorial, através do trabalho de equipes interdisciplinares. Funcionam norteados por princípios de responsabilização pelos usuários e de coordenação do cuidado, dentre outros. A responsabilização deve ser partilhada entre todos os profissionais e especificamente exercida através do “Técnico de Referência”. A coordenação do cuidado tem como instrumento orientador o “Projeto Terapêutico Individual”, cuja construção sempre deve levar em conta a singularidade do sujeito sob cuidados. As equipes dos CAPS trabalham também buscando o estabelecimento de vínculos com os usuários (também com familiares e comunidade), sem os quais qualquer intervenção no campo da Saúde Mental se faria inútil. Devem atuar sempre com o objetivo de possibilitar aos usuários a redução de seus sofrimentos (e/ou de danos) e sua inserção sócio-cultural; requisitos para a promoção de um viver de modo saudável⁷.

A explicação anterior não deixaria dúvidas de que as estratégias, princípios e objetivos expressos acima são característicos do campo da Saúde Mental. Ocorre que todas estas estratégias, princípios e objetivos não foram extraídos de nenhum texto ou norma sobre Saúde Mental e sim da Portaria 648 (BRASIL, 2006) que se refere aos princípios gerais da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Para confirmação, segue o texto integral:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas

⁶ “Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.” (BRASIL, 2004, p.12).

⁷ A elaboração deste parágrafo foi baseada na “Linha-Guia de Atenção em Saúde Mental” (MINAS GERAIS, 2006) e no documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004).

quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade⁸, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.” (2006).

O “trabalho em equipe” de que trata o texto acima é mais adequadamente definido na parte da Portaria 648 que expressa os fundamentos da Atenção Básica à Saúde: “trabalho de forma interdisciplinar e em equipe.” (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica, como vimos, é atualmente concebida como um conjunto de ações (individuais e coletivas) dirigidas a populações de territórios delimitados, objetivando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, além da redução de danos e/ou de sofrimentos capazes de comprometer a possibilidade dos usuários viverem de modo saudável. A Atenção Básica se apresentaria como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientando-se pelos princípios da acessibilidade, da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social. O processo de trabalho seria pautado por práticas democráticas e participativas que se utilizariam do trabalho em equipe. As equipes, de caráter interdisciplinar, assumiriam a responsabilidade sanitária por todos os cidadãos do território sob sua cobertura e os atenderiam de forma contínua e humanizada através do estabelecimento de vínculos e da coordenação do cuidado. Neste sentido, as equipes de Atenção

⁸ Conceito baseado em proposições de Emerson Merhy, médico sanitário e professor da UNICAMP. Através do texto “Em Busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde”, publicado no livro “Agir em Saúde: um Desafio para o Público” (MERHY & ONOCKO, 2007) o autor vem apresentar três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: “tecnologias duras”, inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais já teriam seus produtos programados a priori. “Tecnologias leve-duras”, que se refeririam ao conhecimento técnico, sendo também compostas por elementos já estruturados (duros), mas aplicadas pelo trabalhador através de seu “jeito próprio” (leve), onde entraria a interferência do profissional, que dá o seu tom singular. Haveria ainda as “Tecnologias leves” (expressa na portaria 648 como “de baixa densidade”), que dizem respeito às relações, e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado.

Básica considerariam o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e em sua inserção sócio-cultural. Finalmente, as ações da Atenção Básica, ao contrário do afirmado quando levamos em conta o conceito de hierarquização vertical da atenção em saúde (primária, secundária e terciária), se utilizariam de tecnologias de elevada complexidade, ainda que de baixa densidade (BRASIL, 2006).

Fizemos anteriormente uma breve referência ao modo de organização e funcionamento dos CAPS, comparando-o com a lógica da Atenção Básica. Apresentaremos agora elementos que nos permitam delinear com mais detalhes o atual conceito de Saúde Mental com o qual opera a política de Saúde Mental brasileira. Buscamos inicialmente estes elementos no texto “O Cuidado em Saúde Mental no Território” escrito pelo atual Coordenador Nacional de Saúde Mental, Pedro Gabriel Delgado. O Texto serviu de prefácio para o documento “Linha-Guia da Atenção em Saúde Mental” (MINAS GERAIS, 2006), publicado no mesmo ano que a portaria 648.

Por ser extenso, serão apresentados apenas alguns trechos mais adequados aos objetivos do presente trabalho:

“(...) Hoje, vivemos um momento de transição: a hegemonia do modelo asilar vai sendo aos poucos, vencida, por meio da construção contínua de uma rede de cuidados diversificada, complexa, comunitária, dinâmica e, o que é crucial, integrada profundamente à vida diária dos pacientes e da cidade. São 670 CAPS, centenas de residências terapêuticas, ambulatórios de novo tipo, centros de convivência, programas de geração de renda e inclusão pelo trabalho, centros de saúde e equipes de saúde da família integrados ao acolhimento em Saúde Mental. (...) Um lugar que é uma... “rede”, desenhada em um... “território(...)” (MINAS GERAIS, 2006, p.17).

O Trecho acima faz referência à maneira de organização de Saúde Mental o ao lugar de organização de suas práticas. Apresenta também os dispositivos que compõem a rede de atenção ao usuário.

Os CAPS acolhem e prestam cuidados intensivos especializados aos casos severos e persistentes; as Residências Terapêuticas se apresentam como moradia para usuários egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos que não dispõem de familiares ou outros que possam abrigá-los; os Ambulatórios prestam cuidados especializados não intensivos; os Centros de

Convivência promovem a inserção social através de atividades coletivas de caráter ocupacional e/ou artístico e/ou de lazer e os Programas de Geração de Renda promovem a inserção dos usuários no universo do trabalho remunerado. Os Centros de Saúde e Equipes de Saúde da Família, articulados com as equipes especializadas, realizam os cuidados em Saúde Mental no nível primário de atenção. Todos estes dispositivos devem priorizar suas ações aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes.

A seguir apresentaremos como a política nacional de Saúde Mental concebe “território”:

“Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.) (...).” (BRASIL, 2004, p.11).

Este conceito foi apresentado no documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”. Retornando ao texto de Delgado, no próximo trecho descreverá sucintamente os enquadres das práticas atuais em Saúde Mental.

“(...) Na tradição hospitalocêntrica, tudo estava em seu lugar, sabíamos todos mais ou menos o que fazer. No caso dos pacientes graves, era uma arquitetura sem surpresas, e uma prática laboral bem definida: emergência (às vezes, a porta mesma do hospital psiquiátrico), internação, ambulatório. Os pacientes eram sempre “egressos”, quando não permaneciam internados indefinidamente. O fora e o dentro asseguravam a ordem e a certeza da empreitada clínica. Pois hoje esta nova clínica do território subverte o fora e o dentro, o normal e o anormal, a tutela e a autonomia. Mesmo os tempos são outros: emergência é crise – que pode ocorrer sempre; o ambulatório, com sua previsibilidade burocrática de um guichê de repartição pública (“retorne dia tal, às tantas horas”), é substituído pelo tempo cotidiano, pela duração mesma da vida; a internação não é mais a imersão atemporal no espaço protegido da tutela, mas um evento curto, permeável à vida diária, sem muros. Outro espaço, outro regime de tempo: outra clínica (...).” (MINAS GERAIS, 2006, p.17).

Com relação aos princípios que regem estas práticas, Delgado nos fala que seriam: o acolhimento, o cotidiano, a rede, o território e a autonomia. A prática estaria calcada também em uma ética, diversa da ética asilar: uma ética da inclusão, da construção diária do lugar social do louco na cidade (2006, p.17).

Quanto ao trabalho de equipe e a hierarquia dos saberes que sustentam as práticas em Saúde Mental, buscamos referências no corpo do documento elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais em 2006 para nortear as práticas em Saúde Mental: "Linha-Guia para Atenção em Saúde Mental":

"(...) Um aspecto importante do trabalho em equipe é a sua dimensão interdisciplinar. Saúde não é um conceito que se possa enunciar a partir de uma única disciplina; pelo contrário, é delineado a partir de conhecimentos da Biologia, das Ciências Humanas, da Epidemiologia, e outros. Portanto, trabalhar com saúde, na amplitude que o termo requer, traz a necessidade de examinar esse objeto a partir de diferentes conhecimentos e práticas – não apenas internos à equipe de Saúde, como os saberes da Enfermagem, da Psicologia, da Medicina, etc – mas também aqueles de outros campos. Assim, a equipe não pode organizar-se em torno do saber de uma determinada categoria profissional. Na Saúde, tradicionalmente, este saber era aquele do médico: em torno dele, os outros profissionais tinham meramente um papel auxiliar. Contudo, nessa nova lógica de cuidados, nenhum saber ocupa o centro." (MINAS GERAIS, 2006, p.44).

A "Linha-Guia para Atenção em Saúde Mental" preconiza ainda o seguinte sobre acolhimento, responsabilização, vínculo e consideração com a singularidade do sujeito:

"(...) Assim como o acolhimento não pode reduzir-se apenas a uma administração mais ou menos eficiente da chegada das pessoas aos serviços, o vínculo e a responsabilização de cuidados não se confundem meramente com o conceito de adscrição de clientela. (...) importa, antes de tudo, definirmos qual a responsabilidade que está em jogo, quando assumimos esse cuidado. (...) É fácil admitir que a gestante, a criança, o hipertenso, o portador de sofrimento mental, e assim por diante, beneficiam-se do contato constante com uma equipe de profissionais que já os conhece e os acompanha. Contudo, isto pouco valerá, se o contato paciente-profissional limita-se a verificar e a repetir condutas padronizadas. (...) Todo cuidado é uma espécie de artesanato: não pode ser feito em série. Trata-se de um laço singular que se tece um a um, sem exceção. Se o vínculo e a responsabilização são laços que se fazem com cada um, eles adquirem firmeza crescente quando se entrelaçam uns aos outros. Assim se constrói a dimensão coletiva da solidariedade e da confiança na relação entre a equipe, os usuários e a comunidade." (MINAS GERAIS, 2006, p.42).

Continuando com a "Linha-Guia para Atenção em Saúde Mental" veremos que caberia ao Técnico de Referência à coordenação dos cuidados:

"(...) É da alçada do técnico de referência estabelecer e sustentar o vínculo com o paciente, traçar as linhas de seu projeto terapêutico individual, definir com ele a frequência dos atendimentos e do comparecimento ao serviço, fazer os contatos com a família, e com outras pessoas do seu espaço social, sempre quando necessário. (...) Pode ser o psicólogo, o enfermeiro, o

psiquiatra, ou qualquer outro: todos os técnicos de nível superior em Saúde Mental devem adquirir idêntica capacitação para conduzir o tratamento de um portador de sofrimento mental.” (MINAS GERAIS, 2006, p.149).

Embora estes trechos aqui apresentados estejam longe de abranger a complexidade da atenção em Saúde Mental no Brasil de hoje (podemos dizer o mesmo quanto ao texto utilizado para conceituar a Atenção Básica), ainda assim permitem alguma compreensão sobre seus princípios, estratégias de organização e de ação.

A análise destes princípios, estratégias de organização e de ação, nos permitiria inferir que há importantes pontos de convergência entre Saúde mental e Atenção Básica: constatamos que ambos se desenvolvem em um dado território, que não se limita apenas um recorte geográfico, contemplando também dinamicidade e a dimensão sócio/cultural das vidas das pessoas que nele habitam; o trabalho de ambos se desenvolve através de relações democráticas e participativas de equipes interdisciplinares, levando em conta os saberes dos diversos profissionais que as compõem e também os saberes de outros campos, como os das próprias comunidades; ambos são também norteados pelos princípios da responsabilização pela clientela adstrita ao território, da coordenação do cuidado de forma longitudinal e da consideração da singularidade do sujeito em sua complexidade e integralidade, buscando o estabelecimento de vínculo (“laço que se tece um a um”) para promover redução de danos ou de sofrimentos e inserção sócio-cultural através de rede de assistência integrada profundamente à vida diária dos usuários e da cidade, estimulando a participação e a autonomia, promovendo um viver de modo saudável.

A partir da compreensão do nível básico de atenção à saúde no Brasil (organizado através do modelo “Saúde da Família”) e do programa brasileiro de atenção à Saúde Mental, buscaremos agora identificar as políticas e experiências de inserção dos cuidados em Saúde Mental no campo da Atenção Primária à Saúde.

2.1.2 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: Panorama Atual

A articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica está configurada em um modelo de assistência cuja implementação ainda se encontra em fase inicial de desenvolvimento na maioria

dos serviços e redes de Saúde em nosso país, ocorrendo pontualmente em alguns serviços ou redes de serviços. Desta forma, não é de estranhar que a produção científica sobre este tema ainda seja relativamente pequena. Um indicador disto é o número de teses e dissertações sobre este assunto.

Retornando ao Banco de Teses CAPES (julho de 2009). Ao utilizarmos como critério de busca os assuntos Saúde Mental e Saúde da Família simultaneamente (filtro “todas as palavras”), encontramos apenas 335 teses/dissertações. Número pequeno, se compararmos com 6507, somatório das teses e dissertações que abordam separadamente o tema Saúde Mental com as que abordam separadamente o tema Saúde da Família, conforme já expresseo no presente trabalho.

Apesar deste cenário, pode-se dizer que a inclusão dos cuidados de Saúde Mental na Atenção Básica vem se configurando como política pública de Saúde no país. Como exemplo, todas as atividades (seminários, concurso, etc.), citadas na Introdução do presente trabalho, resultaram de iniciativas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais nos anos 2005 e 2006.

Segundo o documento do Ministério da Saúde “O Vínculo e o Diálogo Necessários: Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica” (BRASIL, 2003), o processo de construção desta política teve início no mês de março de 2001, com a realização da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, que contou com a presença do Departamento de Atenção Básica, da Coordenação Geral de Saúde Mental (ambos do Ministério da Saúde) e de alguns municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica. Foi, em seguida, também realizado o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, fruto de parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard (abril de 2002) e a Oficina de Saúde Mental “Desafios da Integração com a Rede Básica” no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, em Julho de 2003. Esta última contou com a participação do Departamento de Atenção Básica, da Coordenação Geral de Saúde Mental, de coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e de trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do país.

A partir dos subsídios produzidos por essas oficinas, a Coordenação Geral de Saúde Mental,

em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, formulou princípios e estratégias para a inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, através de Circular Conjunta 01/2003 (“O Vínculo e o Diálogo Necessários: Inclusão da das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”). O documento justifica esta inclusão com o argumento de que a atenção em saúde mental deveria ser feita através de uma rede de cuidados na qual estariam incluídas, dentre outros dispositivos (residências terapêuticas, centros de convivência, recursos da comunidade, etc.), as ações na atenção básica.

O documento prossegue a argumentação, lembrando que:

“(...) existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.” (BRASIL, 2003, p. 3).

O modelo assistencial ao qual as ações de saúde mental na atenção básica deveriam obedecer é definido pelo documento como de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. Deveria promover o acolhimento e o estabelecimento de vínculos, através de ações fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Os princípios fundamentais propostos para nortear a articulação entre saúde mental e atenção básica seriam:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Como estratégia de ação o documento estabelece o compartilhamento da atenção entre equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental através, de “apoio matricial” advindo das equipes de Saúde Mental, da seguinte maneira:

“O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe(...)” (BRASIL, 2003, p. 4).

A política de saúde que prevê a produção de cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica tomou recentemente uma importante resolução: a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF, criado pela Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, traz propostas que possibilitam a operacionalização de ações de matriciamento em Saúde Mental (e algumas outras áreas) na Atenção Básica, através de um dispositivo de apoio à esta última, que conta - pela primeira vez - com financiamento específico para aquelas ações. Os NASF, nos alerta o documento, não se constituem em porta de entrada do sistema, devendo atuar de forma complementar e integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. Psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais são os profissionais determinados pela Portaria 154 para atuar nos NASF apoiando as equipes de Saúde da Família na realização de ações de Saúde Mental. Um NASF, dependendo de sua configuração, pode estar vinculado a um grupo de três a vinte equipes de Saúde da Família. A portaria delimita o campo das ações de Saúde Mental dos NASF da seguinte maneira:

“Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.” (BRASIL, 2008, p. 9).

Risco psicossocial, doença mental, sofrimento subjetivo em qualquer doença, entraves subjetivos à adesão a práticas preventivas, agravos pelo uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas e discriminação são fenômenos complexos que indicam a importância a qual a Política de Saúde atribui às ações de Saúde Mental na Atenção Básica realizadas de forma compartilhada por equipes de Saúde da Família e NASF. O texto da portaria prevê também, assim como a Circular Conjunta 01/2003, que a atenção em saúde mental deve ser realizada através de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os NASF, por sua vez, deveriam integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família. Deveriam contribuir também para a promoção de condições à reinserção social dos usuários e para uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de boas práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania.

As ações específicas em Saúde Mental a serem realizadas pelas equipes dos NASF foram expressas na Portaria 154 da seguinte maneira: apoiar as Equipes de Saúde da Família (ESF) na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio e situações de violência intrafamiliar; discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas; criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade; possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial com conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc; ampliar o vínculo com as famílias,

tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional; priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana e fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura.

As expressões “apoiar as ESF”, “discutir com as ESF”, “criar, em conjunto com as ESF”, não deixam dúvida quanto ao caráter matricial da proposta do NASF, que implica na responsabilização conjunta pelos casos, conseqüência da articulação dos profissionais da Saúde Mental no NASF com as equipes de Saúde da Família dentro das quais os Agentes Comunitários de Saúde têm um papel fundamental para a consecução de seus objetivos.

As propostas da Circular Conjunta 01/2003 e as definições e mecanismos de financiamento da portaria que cria os NASF demonstram a existência hoje de política para cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica através da articulação entre Saúde Mental e Saúde da Família. Mas pesquisando a história conclui-se que propostas para uma política assemelhada no Brasil surgiram há bastante tempo.

2.1.3 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: História Progressiva.

Silveira et al. (2003), afirmam que desde a década de 1960 a comunidade internacional tem sido mobilizada para o desenvolvimento de estratégias de integração da assistência em Saúde Mental na atenção primária, com repercussão em diversos países, especialmente os mais empobrecidos. Fazem, especificamente, referências à experiências desta integração em países de variados níveis de desenvolvimento econômico como África do Sul, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Finlândia, Jamaica, México, Reino Unido e Zimbábwe. Com relação ao Brasil de então, sanitaristas não tardaram em propor a adoção de estratégias desta ordem. Seus primeiros registros remontam ao ano de 1963.

Os anais da III Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1963) abordam os problemas da Saúde Mental da época, apontando saídas que implicariam na existência de uma rede básica de serviços. Criticam a assistência psiquiátrica hospitalar, "(...) prestada sob o modelo ultrapassado de imensas "disfrenópolis" (...) (1963, p.131) as quais funcionariam como mero depósito de enfermos. Propõem o deslocamento da atenção dos hospitais psiquiátricos para ambulatorios, argumentando que ao menos 22% dos internados poderiam ser atendidos nestes dispositivos, e ressaltam que a quantidade de ambulatorios seria insuficiente para tal.

Para ilustrar a pequena quantidade de dispositivos ambulatoriais em relação ao número de hospitais e leitos psiquiátricos de então, apresentamos os seguintes quadros copiados integralmente do documento, com dados do Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1963:

QUADRO. 8

Número de Estabelecimentos Psiquiátricos e número de leitos existentes no Brasil, de acordo com os estabelecimentos cadastrados na Seção de CooperaçãO. do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

UNIDADES FEDERADAS	Nº de leitos			Nº de Estabelecimentos		
	Hospitais Públicos	Hospitais Particulares	TOTAL	Públicos	Part.	TOTAL
Amazonas	228	-	228	1	-	1
Pará	516	-	516	1	-	1
Maranhão	152	-	152	1	-	1
Piauí	325	120	445	1	1	2
Ceará	120	1 182	1 302	1	(1) 3	4
Pern. Grande do Norte	400	49	449	1	2	3
Paraíba	650	30	680	3	2	5
Pernambuco	777	1 305	2 082	4	3	7
Alagoas	300	100	400	1	2	3
Sergipe	350	30	380	2	1	3
Bahia	1 390	180	1 570	2	3	5
Minas Gerais	4 690	1 448	6 138	6	18	24
Espírito Santo	570	-	570	1	-	1
Rio de Janeiro	1 744	590	2 334	4	4	8
Guanabara	6 823	1 995	8 818	11	22	33
São Paulo	14 839	5 588	20 427	8	38	46
Paraná	1 278	1 131	2 409	2	6	8
Santa Catarina	1 088	60	1 148	1	1	2
Rio Grande do Sul	3 630	504	4 134	2	8	10
Mato Grosso	100	110	210	1	1	2
Goiás	655	159	814	1	3	4
BRASIL....	40 625	14 581	55 206	55	118	173

NOTA:- (1) Um dos estabelecimentos pertence à Santa Casa de Misericórdia. No Estado da Paraíba existem mais dois estabelecimentos psiquiátricos que recebem doentes com permanência no máximo de 12 horas. São eles: a Clínica do Dr. Coelho e o Instituto de Neuro-Psiquiatria do Dr. Edilberto Antunes. No Estado de Pernambuco tem um pavilhão de Neuro-Psiquiatria Infantil, anexo ao Hospital Correia Picante. No Estado do Espírito Santo tem um Asilo para doentes crônicos. O novo Estado do Acre, os 4 Territórios e o Distrito Federal, não possuem estabelecimentos psiquiátricos especializados.

88.

Quadro 9
 AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL
 1962

UNIDADES FEDERADAS	Nº de amb. do SNDM	Nº de amb. em convênios com SNDM	Nº de amb. de outras propriedades
Distrito Federal.....	-	2	-
Amazonas.....	1	-	-
Pará.....	-	-	1
Maranhão.....	1	-	-
Piauí.....	1	-	-
Ceará.....	1	1	-
Rio Grande do Norte.....	1	-	2
Paraíba.....	2	-	1
Pernambuco.....	-	1	-
Alagoas.....	1	-	-
Sergipe.....	1	-	-
Bahia.....	2	1	-
Minas Gerais.....	1	2	1
Espírito Santo.....	1	-	-
Rio de Janeiro.....	1	10	-
Guanabara.....	5	6	1
São Paulo.....	-	2	2
Paraná.....	1	-	-
Santa Catarina.....	1	1	-
Rio Grande do Sul.....	1	3	-
Mato Grosso.....	1	-	-
Goiás.....	1	-	-
TOTAL GERAL.....	23	29	8

NOTA: Em convênio com o SNDM, existem dois ambulatórios de Orientação Vocacional: um localizado no Estado de S. Paulo e outro no Estado da Guanabara.

Considerando-se todo o país, a quantidade de ambulatórios somava 60 unidades. Já a quantidade de hospitais psiquiátricos somava 173 unidades. A comparação destes dados desvela uma significativa desproporção entre os dois dispositivos de atenção.

Além dos ambulatórios, que segundo o documento, não poderiam servir de antecâmara de hospitais, mas funcionar como órgãos capazes de manter os egressos dentro da vida social e de disciplinar as internações, havia ainda a proposta de que os cuidados em Saúde Mental deveriam ser prestados através de uma rede composta também por "Day Hospital", "Nigth- Hospital", unidades de praxiterapia e reabilitação. O documento explicita que tal modelo, só utilizado no Brasil de então na Casa das Palmeiras, fundada em 1956 por Nise da Silveira no Rio de Janeiro, se baseava em experiências francesas e inglesas.

Devera & Costa-Rosa (2007) relatam diversos outros marcos históricos ao longo dos anos 1960 e 1970 na direção de uma reestruturação dos cuidados em Saúde Mental sob princípios comunitários, compatíveis com a lógica da Atenção Primária. A primeira iniciativa, após a instauração da ditadura militar em 1964, ocorreu através de um encontro em 1967 na cidade de Porto Alegre-RS, onde se abordou a necessidade de criação e ampliação de redes extra-hospitalares, da reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais e da integração da Saúde Mental à Saúde Pública. Os princípios elaborados no evento foram consignados na "Ata de Porto Alegre". A segunda iniciativa ocorreu através da participação do Brasil na I Conferência de Saúde Mental das Américas, realizada em 1968 (Texas-EUA), onde foram ratificadas as propostas da Ata de Porto Alegre. Também aí se abordou a necessidade da criação de serviços de modalidade comunitária. A terceira iniciativa ocorreu em 1969 no Chile (Encontro de Viña del Mar) com a presença do ministro da Saúde do Brasil. Novamente foi dada ênfase à necessidade de implantação de um sistema de Psiquiatria Comunitária no Brasil. A quarta iniciativa foi a realização, em 1970, na cidade de São Paulo, do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em conjunto com a Associação Psiquiátrica Latino-Americana, onde reafirmou-se o objetivo do desenvolvimento de uma rede de serviços extra-hospitalares. Na oportunidade foi designado um grupo de trabalho para estudar as bases da reformulação da Assistência Psiquiátrica no país. Como resultado, foi elaborada a Declaração de Princípios de Saúde Mental, cujas prescrições mais adequadas aos princípios comunitários, compatíveis com a lógica da Atenção Primária, são expressas a seguir:

- **Direito e Responsabilidade:** A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.
- **Integração:** A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.
- **Reorganização:** A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.
- **Recursos de todos para todos:** Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.
- **Formação de Pessoal:** Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.
- **Serviços extra hospitalares:** As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar. (GIORDANO JR., 1989, p. 141).

Como próxima iniciativa, em 1973 aprovou-se o Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social, que serviu de base para a elaboração da Portaria GM/MS nº 32/BSB, de 22 de janeiro de 1974, que propôs, dentre outras coisas, a priorização do tratamento ambulatorial e de hospitalização de curta duração, de preferência em hospitais gerais. Outro acontecimento importante foi a realização na Universidade de São Paulo (USP), unidade de Ribeirão Preto, em junho de 1975, da I Jornada Paulista de Psiquiatria Preventiva, para um círculo mais restrito de participantes, porém com a presença do diretor da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM, que apresentou texto denominado: “Um Programa de Psiquiatria Preventiva para o Brasil”.

Tal título nos alerta que a maior parte das idéias para reestruturação da Saúde Mental expressas nestes movimentos estavam associadas às prescrições da Psiquiatria Preventiva Comunitária⁹ estadunidense. Esta influência, difundida então pela Organização Mundial de Saúde e

⁹ Entendemos Psiquiatria Preventiva Comunitária como o conjunto de princípios e estratégias destinados à identificação e intervenção nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando não apenas a prevenção das mesmas, mas a promoção de “Saúde Mental”. Através da aplicação de questionários (*screening*), objetivava a identificação de “suspeitos”, de candidatos à enfermidade, suscetíveis ao mal e o seu respectivo encaminhamento para serviços de Saúde Mental. Desenvolvida nos Estados Unidos a partir dos anos 1960, é criticada por se configurar como um “(...) novo projeto de medicalização da ordem social (...)” (AMARANTE, 1995, p. 41). Baságli nos alerta que este movimento preventivista, ao criar uma nova categoria de doentes englobando no terreno da patologia mental os “desvios”, as “marginalidades” e as “desadaptações” decorrentes de fatores sociais explícitos, serviria então para dilatar o campo da “doença”, colocando-o submisso ao controle social (BASÁGLIA, 2005). A experiência da Psiquiatria Preventiva Comunitária será abordada mais detalhadamente em capítulo posterior no presente trabalho.

pela Organização Panamericana de Saúde, continuou ao longo da década de 1970 e norteou a primeira proposta explícita de articulação da Saúde Mental com a rede básica de Saúde no Brasil.

O cenário político/econômico, em meados dos anos 1970 no país, passava por mudanças. A distensão política então instaurada com o início do declínio da ditadura militar (lento, gradual e restrito) em curso no período, possibilitava a discussão de novas idéias. Também a crise financeira mundial, a partir do aumento vertiginoso da cotação do barril de petróleo, se somava aos problemas internos (fim do “milagre brasileiro”) e provocava reflexos na economia do Brasil. Em consequência, passaram a ser exigidas para as políticas públicas de então a racionalização de gastos e a otimização de recursos. Novas idéias que seguissem estes princípios seriam bem vindas. Neste contexto, foi implementada a Lei 6229 de 17 de julho de 1975, que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, propondo - já - a realização de atividades que visassem à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevendo a criação de “(...) serviços básicos de saúde para a população local (...)” (BRASIL, 1975).

Estudos de Stralen citado por Silveira (2001) nos informa que nesta época algumas iniciativas para incorporação da assistência à saúde mental nos serviços básicos de saúde foram implementadas no país através de parcerias entre o Ministério da Saúde, universidades e secretarias estaduais de saúde, mobilizadas pelos programas de extensão e cobertura de serviços de saúde, desenvolvidos então na América Latina com incentivos internacionais.

Em seqüência, no ano de 1977, projetos e políticas para saúde propostos para o período foram apresentados na VI Conferência Nacional de Saúde.

Com relação à realização de cuidados em Saúde Mental na rede básica de Saúde, a primeira proposta de abrangência nacional foi explicitada na VI Conferência Nacional de Saúde através da palestra “Diretrizes Programáticas de Saúde Mental”, proferida pelo sanitarista Josicelli Freitas (1977), membro da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Logo na introdução de sua apresentação, salientou que a assistência psiquiátrica no país estava fundamentada em princípios geradores de distorções, como o fato de suas ações serem principalmente voltadas ao

atendimento de eventos relativos à fase tardia das alterações mentais. Apontou a necessidade da priorização das atividades de promoção e prevenção primária, e, sobretudo, secundária, onde os resultados terapêuticos seriam mais eficazes. A formulação deste problema já nos sugere a influência das idéias da Psiquiatria Preventiva Comunitária na proposta apresentada.

Ressaltou ainda que as ações transcorriam basicamente no campo hospitalar, de caráter asilar sem interligação com os poucos serviços ambulatoriais existentes na época, sendo rotineiras a descontinuidade do tratamento, as readmissões hospitalares e os altos índices de cronificação. Ainda segundo Josicelli Freitas, o problema da concentração da atenção nos hospitais psiquiátricos somado à ausência de normas e manuais que orientassem as ações ambulatoriais e à falta de mecanismos de supervisão, controle e avaliação para seu aprimoramento, produziram um modelo assistencial caracterizado como "não sistema", resultando em crescentes custos operacionais, baixo atendimento das necessidades e reduzidos índices de eficácia, em contraposição ao sistema racionalizado. A exigência citada anteriormente de racionalização de gastos e de otimização de recursos para as políticas públicas de então se apresentam claramente aqui.

O palestrante continuou sua apresentação afirmando que providências já estavam sendo tomadas para o enfrentamento das apontadas distorções, como elaboração de normas e manuais para orientação das ações no contexto de uma sistemática padronizada, criação de um sistema de capacitação de insumos humanos necessários à dinâmica da nova proposta e elaboração do Plano Básico de Saúde Mental, dentre outras. O Plano Básico de Saúde Mental deveria ser construído explicitando o diagnóstico da situação a definição dos objetivos, estratégia, metas e sistema de avaliação e teria como objetivo a implantação de um subsistema (Saúde Mental) integrado ao Sistema Básico de Saúde definido pela Lei 6.229, de 1975.

O Sistema Básico de Saúde no Brasil de então, constituído de unidades distribuídas por capitais e pelo interior, se apresentava como alternativa para a realização de cuidados descentralizados em Saúde Mental. Para tal fazia-se necessário a articulação entre as duas áreas. Neste sentido, a palestra de Freitas propôs explicitamente a integração das ações de saúde mental

nas atividades básicas de saúde e a implantação de processo estratégico de interiorização, abrangendo desde as unidades geográficas elementares (2.000 habitantes) até as regiões densamente povoadas (áreas metropolitanas). Propôs também a “(...) promoção da participação progressiva da comunidade, iniciando pela família e ampliando-a na medida em que for ocorrendo mudança de atitude da população em relação à doença mental (...)” (FREITAS, 1977, p. 220) e a incorporação na atuação psiquiátrica no nível básico da atenção, de profissionais não especializados de nível universitário, de nível médio e de agentes de saúde leigos devidamente treinados e supervisionados. Assim surge pela primeira vez no Brasil a idéia de agentes de saúde leigos atuando em Saúde Mental, como os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica Geraldina Augusto Braga, objeto de estudo deste trabalho.

Além das medidas para articulação da Saúde Mental com a rede básica, faz-se mister destacar ainda a proposta de utilização dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais evitando a construção de novos hospitais especializados, ponto central da então embrionária Reforma Psiquiátrica Brasileira e objeto atual de crescente controvérsia.

As propostas sobre Saúde Mental, apresentadas na VI Conferência Nacional de Saúde se referiam ao Plano Integrado de Saúde Mental-PISAM. O PISAM, segundo os anais da VI Conferência, teria como objetivo criar as bases experimentais para implantação de um subsistema de Saúde Mental racionalizado, integrado ao sistema básico de saúde, com ênfase na atenção extra-hospitalar, atuando em níveis de prevenção primária e, sobretudo, secundária, com a participação da família e da comunidade. O subsistema seria operacionalizado através da integração das ações, da delegação de funções e da valorização das atividades de assessoria e consultoria. Estas últimas três propostas poderiam nos remeter ao atual mecanismo de matriciamento, onde funções relativas aos cuidados em Saúde Mental são delegadas para as equipes de Saúde da Família a partir do estabelecimento de mecanismos de supervisão.

O texto adiante explicita melhor as funções que seriam delegadas à “equipe de saúde não especializada” e de quais profissionais seria constituída:

“(...) grupos operativos de gestantes, mães, professores, atendimento às crises, são atividades programadas no intuito de reduzir a incidência da doença mental. A responsabilidade de coordenação dos grupos em pauta deve ficar a cargo da equipe de saúde não especializada (pré-natalista, pediatra, generalista, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social), cabendo ao grupo especializado as funções de treinamento, supervisão e consultoria. A exceção se refere aos grupos operativos de professores que dentro do possível deve ficar a cargo do psicólogo da equipe especializada. Todavia nos centros de menor densidade populacional, onde inexitem geralmente tais técnicos, a coordenação do grupo deve ser encargo de qualquer membro da equipe de saúde, desde que seja devidamente treinado (...).” (1977, p. 222).

O conceito aqui de “equipe de saúde não especializada” é flexível. Composta dos profissionais de nível superior característicos da rede básica da época (“pré-natalista”, pediatra, generalista e enfermeira), incluía o assistente social e outros profissionais sem nível superior, como o auxiliar de enfermagem e o “membro qualquer da equipe de saúde” (poderiam estar incluídos aqui os agentes de saúde leigos referidos anteriormente), desde que devidamente treinado. O psicólogo, por sua vez, fazia parte da equipe especializada. Todos deveriam atuar através de grupos operativos.

A estrutura de serviços articulados, a delegação de ações para equipes de atenção básica, a utilização de agentes de saúde leigos se assemelham e mesmo ultrapassam¹⁰ o proposto para a articulação entre atenção Básica e Saúde mental pela política de saúde atual. Todavia, os objetivos destes mecanismos eram bastante diferentes dos atuais, se igualando ao ideário da Psiquiatria Preventiva Comunitária estadunidense, como o exposto no trecho seguinte, continuação da palestra de Freitas:

“(...) É pertinente esclarecer os objetivos a serem atingidos pelos grupos operativos citados. No caso das gestantes a finalidade é conscientizar a futura mãe do processo vivenciado, desfazendo fantasias, reduzindo ansiedade e orientando-a nos cuidados necessários para o desenvolvimento satisfatório do concepto. O grupo operativo de mães procura promover o adequado relacionamento mãe/filho, evitando a conhecida "síndrome de privação" e ensejando o bom desenvolvimento físico, mental e emocional da criança. O grupo operativo de professores visa prepará-las para contribuir para o adequado desenvolvimento da personalidade do escolar, e a mais satisfatória adaptação às regras sociais, sem mutilação da personalidade e do espírito criativo. Reconhecem-se os adolescentes como grupo de alto risco.

¹⁰ Não há nenhuma referência nos documentos atuais da política de integração de atenção básica com a saúde mental a algum suposto papel dos agentes comunitários de saúde nestas ações.

Assim, através dos professores e de outros meios comunitários, ações devem ser desenvolvidas no sentido de evitar os desajustamentos, a alienação, a marginalização, a fuga para o submundo das drogas, a delinqüência juvenil, expressões de conflitos inconscientes ou respostas inadequadas às atitudes discriminatórias ou moralizantes da sociedade.” (1977, p. 222).

Aparecem aqui com clareza os pontos centrais da Psiquiatria Preventiva Comunitária criticados por Amarante (1995) e Baságliã (2005): a criação de uma nova categoria de “doentes” englobando no terreno da patologia mental os “desvios”, as “marginalidades” e as “desadaptações” decorrentes de fatores sociais explícitos. Um novo projeto de medicalização da ordem social.

Curiosamente, o PISAM recomendava aos “agentes informais” e aos “grupos comunitários” a responsabilização no auxílio à superação das “crises”¹¹. As “crises”, vitais ou acidentais configurariam uma constante na trajetória da vida humana. Sob a lógica preventivista, sua superação era considerada como bom recurso para evitar a precipitação da doença mental. As situações de “crise” estariam situadas no patamar da prevenção primária, objeto de intervenção dos “agentes informais”, enquanto que o manejo técnico dos casos de maior gravidade ficaria aos cuidados da equipe de saúde. O autor argumentava que “(...) esta orientação decorre do princípio de evitar a "psiquiatrização" da comunidade e o aproveitamento das forças curativas naturais da população (...).” (1977, p. 223).

O aproveitamento das “forças curativas naturais da população” em um movimento de se evitar a psiquiatrização da comunidade pode ser considerada uma idéia, em princípio, bem orientada. Com relação à experiência investigada pelo presente trabalho, há a hipótese de que o trabalho em saúde mental dos agentes comunitários de saúde utilizar-se-ia de elementos destas “forças curativas naturais da população”. Mas se o objeto de intervenção das ACS pesquisadas se enquadrar no campo dos “desvios”, das “marginalidades” e das “desadaptações”, como na proposta do PISAM, de acordo com a crítica de Baságliã (2005) certamente estaria ocorrendo uma dilatação do campo da “doença mental” de forma a incluir aí problemas decorrentes de fatores sociais

¹¹ Conceito fundamental na obra de Gerald Caplan, *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (1980), livro referencial para a Psiquiatria Preventiva Comunitária estadunidense.

explícitos. Uma verdadeira psiquiatrização da comunidade. O oposto do que afirmou pretender Josicelli Freitas.

2.1.4 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: Modelo em Xequê.

O conhecimento dos antecedentes históricos da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica nas políticas públicas de Saúde no Brasil, levanta dúvidas a respeito das razões para este modelo de assistência se encontrar ainda em fase incipiente de desenvolvimento na maioria dos serviços e redes de Saúde em nosso país. Mesmo que norteadas pela lógica preventivista, estas propostas passadas se constituíam muitas vezes de idéias inventivas, em vários aspectos coincidentes com as atuais políticas para a Saúde Mental. Paulin & Turato (2004), reforçam esta argumentação:

“(...) Embora atualmente essas propostas (preventivistas) sejam consideradas por alguns como algo que não modificou o cerne da estrutura assistencial psiquiátrica, elas não podem e nem devem em absoluto ser qualificadas como um movimento secundário, sobretudo ao analisarmos o período político institucional e a pequena participação dos órgãos públicos de saúde na definição das estratégias de ação. Naquele momento, em que se privilegiava uma prática previdenciária voltada para a compra de serviços de instituições privadas, criar alternativas assistenciais públicas a partir de sistemas hierarquizados, regionalizados e descentralizados era um significativo avanço no 'pensar' outros modelos que não o imposto pelo capitalismo monopolista.” (2004, p.1).

Objetivando lançar luz sobre as razões para o patamar atual (incipiente) das práticas de cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica no Brasil, mesmo após as propostas dos anos 1970, faz-se necessário inicialmente abordar os destinos do PISAM.

O PISAM desenvolveu suas primeiras ações em 1978, especialmente nos estados do norte, nordeste e em Minas Gerais. Médicos generalistas e, em alguns lugares, auxiliares de enfermagem foram capacitados para os cuidados em Saúde Mental.

Paulin & Turato (2004) esclarecem que apesar de um relativo sucesso, o programa não atingiu a população de egressos de internações psiquiátricas ou pacientes crônicos, que necessitariam de outra abordagem terapêutica, sendo em pouco tempo desativado, sob duras críticas do setor hospitalar privado, que sempre tentou obstruir os movimentos de reforma na atenção

psiquiátrica, por contrariar seus interesses econômicos.

Medeiros (2005), por sua vez, afirma que no Estado da Paraíba o PISAM vigorou durante 4 anos, até a extinção das remessas de incentivos financeiros pelo governo federal. Afirma ainda que este programa teria sido também responsável pela introdução e distribuição em larga escala de medicações ansiolíticas, contribuindo, dentre outros determinantes, para o uso abusivo de psicofármacos presente nos dias de hoje.

Esta opinião, partilhada pelo autor do presente trabalho, se baseia na constatação empírica de um aparente resultado deletério da apropriação de saberes psiquiátricos pelos médicos generalistas no final da década de 1970: a medicalização de sofrimentos existenciais; fato que contribuiu para que a Saúde Mental na Atenção Básica perdesse a importância enquanto política pública e prática nos serviços.

Malgrado o fim do PISAM, logo psiquiatras e psicólogos, passaram a atuar ambulatorialmente em centros de saúde de alguns estados da federação, mantendo ações de Saúde Mental na Atenção Básica.

Segundo Dimenstein (1998) as iniciativas de descentralização das ações de Saúde Mental e a adoção de equipes multidisciplinares surgiram na década de 1980, como parte do movimento de reestruturação da atenção à saúde no Brasil (que resultaria na criação do SUS em 1988), consequência de um quadro caracterizado por baixos índices de qualidade dos atendimentos e de produtividade, pelo desperdício de recursos, pela frequência de fraudes e pelos gastos crescentes com a Saúde Previdenciária.

Dentre as iniciativas de reestruturação da atenção à saúde, Dimenstein destaca o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, lançado pelo CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), em 1981, que propôs normas mais adequadas para a prestação da assistência à saúde da população, dando prioridade às ações básicas de saúde, com ênfase na assistência primária e no atendimento ambulatorial.

As implicações do “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social” para a Saúde mental são assim explicitadas pela autora:

“Como derivação desse plano, foi aprovado em 1982 o “Programa de Reorientação Psiquiátrica Previdenciária” com o objetivo de reforma da assistência psiquiátrica no país, de melhoria das condições de internação - um padrão assistencial mais humanizado -, e principalmente, de desenvolver a rede ambulatorial e incrementar novas formas intermediárias de assistência psiquiátrica (hospital-dia, hospital-noite, pensão protegida etc.). Orientado por novos princípios da Saúde Mental, que privilegiava uma visão do paciente dentro do seu contexto, esse plano de reorientação psiquiátrica dava um certo lugar de destaque à equipe multiprofissional, e entre os atendimentos ambulatoriais prescritos, a Psicologia Clínica configurava-se como um deles.” (1998, p.60).

Ainda segundo a autora, foi com o advento de mais uma das iniciativas de reorientação do sistema de saúde brasileiro, as AIS (Ações Integradas de Saúde), em meados da década de 1980, que houve significativo ingresso de psicólogos e de outros profissionais para a realização de ações descentralizadas em Saúde Mental em serviços ambulatoriais:

“(...) Havia, assim, uma intenção de valorizar o profissional de saúde, propondo desde melhores condições de trabalho e remuneração, até um compromisso com a criação progressiva das equipes de saúde, ou seja, de contratação de outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, etc, pois atribuía-se às equipes o papel crítico de reorientação e transformação do sistema de saúde. No mesmo ano, na área da saúde mental, essas mesmas diretrizes passaram a nortear a prática da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental.” (1998, p.61).

A atuação daqueles serviços ambulatoriais, descentralizados em centros de saúde, se configurou como a principal modalidade de cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica no Brasil até o final da década de 1990.

Apesar de se constituir como alternativa à assistência psiquiátrica hospitalar hegemônica, o modelo ambulatorial de atenção em Saúde Mental desenvolvido na época foi alvo de críticas, como a feita por Lobosque (1997) no trecho a seguir:

“(...) Enquanto os loucos continuam tendo nos hospitais psiquiátricos sua única alternativa de atendimento, os centros de saúde iam criando uma nova clientela de donas-de-casa infelizes e crianças com problemas de aprendizado, que não só preenchia completamente as agendas dos profissionais, como promovia a instituição das famigeradas filas de espera.

É preciso aguardar meses para obter uma primeira consulta. O ambulatório não apenas não cumpre a função de esvaziar o hospital, como também psicologiza e psiquiatriza a demanda de toda uma nova camada da população: novos problemas!” (1997, p.54).

Os problemas apontados por Lobosque (1997) foram experienciados na prática pelo autor do presente trabalho. Tendo ingressado como psicólogo na rede pública estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais em 1986 (como resultado da implantação das AIS no estado), o autor do presente trabalho foi convocado para atuar em Saúde Mental em posto de saúde de um município de 7.000 habitantes. A aplicação prática dos princípios da Reforma Psiquiátrica ainda estava em fase de consolidação e sua disseminação era restrita. A única recomendação recebida era a priorização dos casos de egressos de hospitais psiquiátricos, mas não sabíamos como identificá-los, uma vez que inexistia um sistema adequado de referência e contrareferência entre hospitais e centros de saúde. Não havia de diretrizes tão claras como hoje sobre as estratégias que deveriam ser utilizadas para a atenção à esta clientela e nem sobre os objetivos a serem perseguidos. As diretrizes que existiam eram pouco apropriadas pelos profissionais. Tal indefinição e/ou desconhecimento de diretrizes para a prática, somados à formação universitária ofertada, que contemplava apenas o modelo clínico privado, dentre outras razões, concorriam para a replicação dos problemas elencados por Lobosque (1997). O profissional permanecia entre as quatro paredes do consultório aguardando a demanda, a qual, quando atendida, recebia essencialmente como atenção ações psicoterápicas clássicas adaptadas (mal) às condições de pobreza da população e do próprio serviço. Notório é que pessoas sofredoras de transtornos e doenças muito graves - tanto em Saúde Mental como em Saúde geral – por causa das limitações decorrentes do estado mórbido, com frequência não têm condições de encaminhar suas demandas. Ocorria então que os usuários com maiores necessidades não eram contemplados pelo atendimento, tendo a internação psiquiátrica como único destino nos momentos de desestabilização. Os atendidos, crianças com dificuldades escolares, donas-de-casa infelizes, homens pobres sem perspectivas profissionais ou pessoais, chegavam após aguardarem em uma longa fila de espera, sendo abordados através de dispositivos que reproduziam a lógica da psicologização/psiquiatrização de problemas na e da escola, de problemas sociais, de sofrimentos

existenciais, etc.

Cuidados concebidos e executados nesta lógica não conseguiriam dar resposta à determinação da substituição do modelo manicomial de atenção aos casos graves, diretriz da política brasileira de Saúde Mental.

Por razões como as aqui anteriormente relatadas, o modelo de atenção em Saúde Mental na Atenção Básica deixou de ser valorizado por vários anos pela política de Saúde Mental e mesmo desprezado por aqueles profissionais mais aguerridos. O modelo CAPS, serviço especializado que se pretende ordenador da rede de serviços e agenciador de recursos técnicos e comunitários, priorizado pela a política nacional de Saúde Mental, se apresentou como mais apto para promover tratamento em liberdade para os casos severos e persistentes.

Mas o modelo CAPS também está sujeito à críticas. Não é objetivo do presente trabalho abordar com profundidade as críticas ao dispositivo. Com o objetivo de ilustração da afirmativa, citaremos apenas a opinião de Amarante (1997). O autor tece suas críticas por considerar o CAPS “(...) um serviço sanitário *sensu strictu*, com uma proposta terapêutica calcada no modelo medicopsicológico de análise (...)” (1997, p. 172). Argumenta que sendo a loucura uma categoria social, deveria ser cuidada através de serviços assumidamente sociais e culturais, menos atravessados pelos discursos e práticas institucionalizados da medicina e da psicologia.

2.1.5 Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: Reafirmação de um Modelo

As modificações estruturais da Atenção Básica em Saúde no Brasil a partir da implementação do modelo Saúde da Família em meados da década de 1990, provocaram efeitos importantes no campo da Saúde Mental. O trabalho no território, a produção de vínculos, a prevalência da atenção às necessidade sobre a atenção à demanda e a ótica da promoção da saúde, dentre outros princípios da Saúde da Família, se apresentavam como terreno fértil para a realização neste locus de ações de Saúde Mental.

Ao final dos anos 1990, experiências de cuidados em Saúde Mental realizados especificamente na Saúde da Família foram implementadas através da iniciativa de alguns

municípios, independente do suporte das políticas nacionais de Saúde Mental, que então não apresentavam formulações sobre o tema.

Buscamos informações sobre algumas destas experiências em um livro pioneiro na sua discussão e divulgação: “Saúde Mental e Saúde da Família”. Organizado por Antônio Lancetti (s.d.), relata experiências assim nos municípios de Araçuaí-MG, Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho-PE e Sobral e Quixadá-CE.

O relatório final da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, promovida pelo Ministério da Saúde em 2001 e já citada no presente trabalho, faz referências ainda a experiências em Curitiba/PR, Recife/PE, Natal/RN e Aracaju/SE.

Provavelmente havia outras experiências na época, pouco documentadas ou conhecidas. A mais documentada e provavelmente a mais radical foi desenvolvida através do Projeto Qualis da Fundação Zerbini em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 1998.

O Projeto Qualis foi desenvolvido em 1996 sob a coordenação de David Capistrano¹² com o objetivo de implementar no município de São Paulo uma rede de ações e serviços articulados na lógica da Saúde da Família. Logo após, o Programa de Saúde Mental foi também implementado. Antonio Lancetti (2001), coordenador do programa, em palestra denominada “Radicalizando a Desinstitucionalização” proferida por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental, nos informa sobre a experiência e, particularmente, sobre o potencial do Programa de Saúde da Família para ações de Saúde Mental:

“Na nossa experiência do Programa de Saúde Mental do Qualis, consideramos que o próprio PSF possui uma série de dispositivos terapêuticos de saúde mental, nos quais hoje se inserem muitos dos nossos pacientes. Todas as unidades desenvolvem inúmeras atividades coletivas:

¹² David Capistrano da Costa Filho. Médico sanitário e aguerrido militante da Saúde Pública. Nascido no Recife-PE em 1948 e morto por leucemia na cidade de São Paulo-SP em 2000. Em 1987, como Secretário de Saúde de Bauru, possibilitou a realização da II Conferência Nacional do Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Neste encontro, o MTSM se transformou no Movimento da Luta Antimanicomial, onde foi cunhado o slogan ainda atual “Por uma sociedade sem manicômios”. Em janeiro de 1989, Capistrano assumiu a Secretaria Municipal de Saúde de Santos e promoveu, em 3 de maio do mesmo ano, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado de 200 leitos cadastrado com quase 500 internos, marcado pelo desrespeito aos direitos humanos. Faremos adiante mais referências a esta experiência, pioneira no Brasil.

caminhadas com hipertensos, capoeira, educação ambiental, teatro, brinquedoteca, etc. E em todas as unidades há um dispositivo chamado acolhimento, que consiste na escuta do sofrimento de quem está padecendo de qualquer sofrimento. Iniciamos o nosso programa capacitando as equipes de saúde da família de maneira que todos os trabalhadores do Projeto Qualis/PSF possam exercer sua parte no cuidado das pessoas e famílias assistidas pelo Programa. (...).” (LANCETTI. 2001, p. 98).

As ações do Programa de Saúde Mental do Qualis eram protagonizadas por “equipes volantes” que circulavam entre as equipes de Saúde da Família prestando supervisão e atendendo em conjunto com estas. A medicação era prescrita pelos médicos de família, pois o psiquiatra, membro da equipe de saúde mental, tinha papel de consultor. Esta forma de organização das ações se assemelha bastante ao modelo de matriciamento posteriormente (em 2003) proposto pelo Ministério da Saúde.

Lancetti prossegue fazendo referência aos princípios que norteiam as ações de Saúde Mental. Logo de início afirma que suas equipes evitam os dispositivos tradicionais, como consulta psiquiátrica, consulta psicológica e visita domiciliar e que os casos prioritários seriam as pessoas que se encontram em situação de maior risco: surtos psicóticos, uso de drogas pesadas (*crack* e álcool), violência familiar e comunitária, abuso sexual, risco de suicídio, etc.

A radicalidade da proposta se desvela aqui pela decisão de se evitar a utilização dos dispositivos clínicos tradicionais (consultas e visitas domiciliares) e pela inequívoca priorização dos casos graves. Determinações que marcam a diferença desta experiência, que em nada se assemelha à assistência em Saúde Mental psicologizante e psiquiatrizante de situações sócio/existenciais criticada anteriormente neste trabalho e característica das ações de saúde Mental na Atenção Primária nos anos anteriores.

Digno de destaque é o reconhecimento da importância das ações dos Agentes Comunitários de Saúde no processo, sobre a qual Lancetti discorreu na referida palestra e em outros textos e que será posteriormente analisada no presente trabalho.

Sobre a postura de muitos dos profissionais da Saúde Mental na época, Lancetti proferiu a seguinte crítica seguida de prescrição, ao final de sua exposição, de forma a demonstrar o caráter

radical do Programa de Saúde Mental no Qualis: “Tantos anos de reforma nos deixaram demasiado reformistas. Em Santos, quando a intervenção na Casa de Saúde Anchieta¹³ e no Qualis, que o David Capistrano iniciou, aprendemos que, para mudar, é preciso de uma atitude mais revolucionária, de uma virulência afirmativa.” (2001, p. 100).

Apesar da radicalidade, a experiência da Saúde Mental no Qualis não tardou a ser desmontada, como nos informa Lancetti nos capítulos “O Começo do Fim”, “O Fim do Começo” e “A Desnaturação do Projeto” de seu artigo “Saúde Mental nas Entradas da Metrópole”, publicado no volume 07 da Coleção SaúdeLoucura denominado “Saúde Mental e Saúde da Família” (s.d.). Resistências de Profissionais, corporativismo, “burocratismo” e ingerências políticas exacerbaram, segundo Lancetti, a “patologia institucional” que terminou determinando o declínio da experiência. Aparentemente esta ausência de saúde institucional não comportou tamanha radicalidade.

A partir do fim da parceria da Fundação Zerbini com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, dentre outras razões, a experiência do Qualis foi municipalizada e, embora a metodologia adotada pelo Programa de Saúde Mental tenha sido incorporada por grande parte das equipes de Saúde da Família, a desnaturação do projeto se aprofundou, até o fim.

Podemos aqui levantar a hipótese, que não será objeto de elucidação deste trabalho, de que a ausência do suporte de uma política nacional para Saúde Mental na Saúde da Família naquele momento contribuiu para o declínio desta experiência e de outras desenvolvidas no período.

Atualmente a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde reconhece que a lógica da atenção em rede não pode prescindir das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, notadamente após a organização desta última sob o modelo Saúde da Família. A Circular Conjunta 01/03 da Coordenação Geral de Saúde Mental em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção

¹³ Sobre esta intervenção nos fala Amarante: “Com as inovações introduzidas pela Reforma Sanitária, que permitiram uma efetiva descentralização no sistema nacional de saúde, em 03 de maio de 1989, a Prefeitura de Santos decidiu intervir naquela clínica psiquiátrica privada, onde uma série de mortes e outras situações de violência vinham ocorrendo. Com a intervenção, diferentemente de outras ocorridas em outros momentos e cidades, surgiu a possibilidade de pôr em prática a experiência radical: a desmontagem do aparato institucional manicomial, com a conseqüente implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental *substitutiva* ao modelo psiquiátrico tradicional, além de uma série de outras experiências culturais e sociais.” (1997, p. 170).

Básica neste sentido propõe como primeira responsabilidade a ser compartilhada pelas equipes das duas áreas, o desenvolvimento de ações conjuntas em Saúde Mental, priorizando casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio e vítimas de violência doméstica intradomiciliar. Tal proposta assim elaborada evitaria os problemas denunciados por Lobosque (1997) e vivenciados pelo autor deste trabalho sobre a psicologização/psiquiatrização de problemas sócio/existenciais e conseqüente desassistência dos casos graves. Contemplaria também algo da radicalidade da proposta do Qualis através da também inequívoca proposta de priorização dos casos graves.

Esperamos que com estas novas diretrizes da política nacional de Saúde Mental os cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica sejam definitivamente colocados nos trilhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os serviços que agora vem adotando esta lógica estão, em verdade, diante da história dos cuidados de Saúde Mental na Atenção Básica no Brasil, começando de novo.

O presente trabalho sustenta a hipótese, assim como sustentou o Programa de Saúde Mental do Qualis, que os Agentes Comunitários de Saúde - “agentes leigos” - conforme a denominação há tempos utilizada pelo PISAM, tem uma contribuição importante para os cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica em sua jornada através dos trilhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.2 Agentes Comunitários de Saúde: agentes de Saúde Mental?

Pudemos constatar no texto precedente que há muito vem se desenvolvendo propostas e experiências de cuidados em Saúde Mental na Atenção Primária/Básica.

Constatamos também que no Brasil de hoje a inserção de cuidados em Saúde Mental na Saúde da Família (modelo de organização da Atenção Básica) se configura como política pública de Saúde.

Contudo, estas condições não podem, em princípio, ser atribuídas à participação específica do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em ações de Saúde Mental, objeto de estudo do presente

trabalho.

2.2.1 Uma prática pouco divulgada

Fazendo ou não parte da política de saúde, a participação dos ACS em ações de Saúde Mental vem se constituindo como tal no dia-a-dia do trabalho de algumas equipes, através de experiências pouco divulgadas e, conseqüentemente, pouco conhecidas.

Excetuando a experiência do Projeto Qualis (já abordada no presente trabalho), em São Paulo-SP, no final dos anos 1990, onde se adotou a prática do ACS em ações de Saúde Mental, divulgada por Lancetti (s.d., 2001, 2007), citada por Cruz (s.d.), Rodrigues (s.d.), Rocha & David (s.d.), Franco & Lancetti (s.d.), Gonçalves (s.d.) e retomada por Sousa (2007), muito pouco se tem publicado sobre o tema.

Há escassas referências a experiências assemelhadas em outros municípios brasileiros¹⁴, como Camaragibe-PE (CASÉ, s.d.), Cabo de Santo Agostinho-PE (CABRAL et al., s.d.), Sobral-CE (PEREIRA & ANDRADE, s.d. e BARROS et al, 2009), Araçuaí-MG (SILVA et al., s.d.), Quissamã-RJ e Carapebus-RJ (PINTO, 2002), Marcoce, CE (GOMES, 2006), Campinas-SP (FONSECA, 2006), Matozinhos-MG (CAMPOS, 2007) e Belo Horizonte-MG (PEREIRA, 2008).

Também a quantidade de estudos sobre Agentes Comunitários de Saúde em geral é pequena. Já sobre ACS e Saúde Mental é mínima.

Retornando ao Banco de Teses CAPES, para o assunto “Agentes Comunitários de Saúde” encontramos 283 teses/dissertações. Acrescentando ao assunto “Agentes Comunitários de Saúde” o assunto “Saúde Mental”, encontramos apenas 25 teses/dissertações.

Não nos cabe investigar as causas sobre a pequena quantidade de teses, dissertações e literatura que abordem ações de Saúde Mental executadas por ACS. Mas, podemos certamente supor que uma delas seria a ocorrência, também, de pequena quantidade de experiências a respeito. Outra causa, poderíamos inferir partindo da fala de Antônio Lancetti, já explicitada no presente trabalho, sobre as ações dos ACS em Saúde Mental no Projeto Qualis: “mesmo psiquiatras e

¹⁴ A maioria destas experiências foi referenciada, porém não detalhada, por seus autores. Apresentaremos mais informações sobre aquelas detalhadas nas sessões 2.2.4 e 2.2.5.

psicólogos ou terapeutas ocupacionais progressistas acham um absurdo que pessoas “sem qualificação” possam atender drogados, psicóticos e até intervir numa situação de urgência.” (LANCETTI, 2007, p. 91).

Independente das razões para tal, a ínfima quantidade de trabalhos sobre este tema, aqui delineada, aponta para a importância de se pesquisar e divulgar experiências como aquela realizada por ACS na Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusto Braga, objeto do presente trabalho.

2.2.2 Função e profissão de Agentes de Saúde

Considerando “agentes de saúde” como uma *função* (não necessariamente uma *profissão*) onde indivíduos se encarregam de ações de saúde, podemos afirmar que não se trata exatamente de uma novidade da estratégia brasileira da Saúde da Família.

Segundo Oliveira, Nachif & Matheus (2003), eles aparecem em 1920 no Canadá, para auxiliar o movimento de Organização Comunitária das Américas: “Há décadas diversos grupos religiosos e organizações não governamentais treinam agentes de saúde.” (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

Silva & Dalmaso (2002), sobre as origens e a característica essencial dos ACS, nos informam: “historicamente, a idéia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde.” (SILVA & DALMASO, 2002, p. 77).

A passagem de função para profissão no Brasil se inicia (sob outras nomenclaturas) em 1942, através da criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Seu objetivo prioritário era a prestação de assistência médico-sanitária às populações e trabalhadores das áreas onde se extraíam produtos que servissem ao esforço da II Guerra Mundial, como borracha, mica, cristal de rocha e outros.

As atividades de Saúde Pública realizadas pelo SESP, como controle de doenças transmissíveis, estatística vital, enfermagem de saúde pública, educação sanitária, higiene pré-natal

e da criança (higiene infantil, higiene pré-escolar, higiene escolar), saneamento do meio ambiente (água, dejetos, construção de fossas, higiene da habitação, combate à malária, fiscalização de gêneros alimentícios) eram realizadas também por pessoal auxiliar sem qualificação formal, submetidos à capacitações específicas.

A profissionalização de pessoal auxiliar sem qualificação formal atuando em ações de saúde se consolida a partir de 1960, através do trabalho da agora denominada Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – Fundação SESP. Silva (2001) aponta como seus principais objetivos a organização e a operação de serviços de saúde pública, assistência médico-hospitalar, abastecimento de água e sistemas de esgotos, educação sanitária, promoção e controle da higiene industrial e dos bairros pobres e a promoção de formação e treinamento de pessoal técnico e auxiliar.

Silva (2001) considera esta experiência como de grande importância na concepção de princípios e diretrizes que, hoje, orientam as práticas de trabalho na proposição dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), tais como a oferta de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; o planejamento e a programação das ações; a informação como base para a responsabilização sobre a população da área de abrangência; a abordagem integral da família; a adscrição de clientela; o trabalho com a comunidade; atividades de assistência médica ao trabalho; controle de doenças prevalentes; organização de sistema de saúde sob forma regionalizada e hierarquizada: postos de saúde, unidades sanitárias, unidades mistas e hospitais; enfoque intersetorial (saneamento básico) e outros.

Especificamente com relação aos antecedentes do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, Silva (2001) apresentou como diretrizes da Fundação SESP a utilização de pessoal auxiliar para ampliar a cobertura para populações específicas; a incorporação de pessoal auxiliar no atendimento aos grupos prioritários: gestante e crianças e no controle de doenças transmissíveis; a visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento, para atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária; o monitoramento do trabalho e o treinamento de parceiras leigas, as “curiosas”.

A capacitação deste pessoal (auxiliar hospitalar, visitadora sanitária, guarda sanitário, auxiliar de saneamento, higienista dentária e outros) se daria em serviço ou através de outros dispositivos educacionais.

As visitadoras sanitárias - como os atuais ACS - estariam sob supervisão e orientação do enfermeiro. Ainda como os ACS, tinham a responsabilidade pela cobertura fora da unidade da população residente em uma determinada área do município.

A idéia da utilização de pessoal auxiliar sem qualificação formal para a realização de ações de saúde, nos anos de 1970, foi proposta como parte da estratégia de interiorização de serviços, consolidando como política de saúde a atuação de profissionais “menos sofisticados” (SEIXAS, 1977).

Ilustrando esta afirmativa, citaremos a palestra sobre o Programa de Interiorização dos Serviços de Saúde (PIASS)¹⁵ proferida por José Carlos Seixas (Secretário do Ministério da Saúde) na VI Conferência Nacional de Saúde.

Criticando a busca, supostamente excessiva, da população por ações de saúde exclusivamente curativas, Seixas (1977) prescreve a utilização de *agentes de saúde*. Todavia, em alguns momentos de sua fala, parece não estabelecer distinções claras sobre quem seriam estes, atribuindo de forma genérica a denominação, tanto a agentes populares, como a técnicos de nível elementar (ou médio) e como a médicos: “(...) cremos ser um equívoco: qualquer que seja o agente de saúde prestador de serviços – o curandeiro, a curiosa, o auxiliar de saúde ou o médico – verificasse a tendência de concentrar o atendimento em serviços curativos.” (SEIXAS, 1977, p.144).

Adiante ainda, utiliza a expressão “agentes de saúde” ao se referir aos profissionais de “nível mais elevado”, aos quais caberia a função de supervisores dos demais, para os quais seria feita a delegação de funções (SEIXAS, 1977, p.149).

O sentido de “agentes de saúde” com o qual trabalhamos aparece em outras partes do texto, como naquela onde defende para o processo de interiorização da Saúde a “ampla utilização de

¹⁵ O Programa de Interiorização dos Serviços de Saúde (PIASS) foi detalhado no capítulo anterior do presente trabalho.

pessoal auxiliar, treinado em serviço, para execução, por delegação supervisionada, das técnicas simplificadas e padronizadas e, portanto, sem elevados custos operacionais” (SEIXAS, 1977, p.146); onde parece denominar de “*agente*” os profissionais auxiliares que atuariam sob “(...) um sistema de supervisão bem definido e formalizado a fim de garantir delegação com responsabilidades e reduzir os desvios espontâneos dos agentes (...)” (SEIXAS, 1977, p.147).

Por fim, em outras partes de sua fala denomina como “*agentes de saúde*” especificamente o “pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas”. (BRASIL, 1976). Esta definição prevalece. Tal como para os futuros de Agentes Comunitários de Saúde.

Os primórdios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, segundo nos lembram Nogueira, Silva & Ramos (2000), transcorreram em meados dos anos de 1980 no Estado do Ceará. Sua concepção esteve associada aos problemas da seca e da política de frentes de trabalho, comumente adotadas nessa situação de emergência.

Com o intuito de remunerar pessoas de famílias em risco de passar fome (ou já passando) foram empregadas 06 mil mulheres, selecionadas dentre aquelas mais pobres do estado para desempenharem ações de Saúde. Tinham como objetivos, dentre outros, o de conseguir vacinar todas as crianças, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral e tarefas afins. Não contavam com nenhuma qualificação profissional prévia. Foram treinadas para realizar suas novas tarefas, mas “o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade.” (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.4).

Com a melhora das condições climáticas findou-se o programa de emergência de atendimento à seca que chegou a contar com 200 mil trabalhadores. As agentes de saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar por causa do sucesso de sua empreitada.

Pouco tempo após, o Ministério da Saúde decidiu transformar esta experiência exitosa em um programa para todo o país. Em 1991 foi então implantado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que em 1992 passa a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), de cujas equipes fariam parte, além de médico e enfermeiro, também Agentes Comunitários de Saúde. O PSF viria se configurar como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica em Saúde no Brasil.

As atribuições do ACS foram definidas pelo governo federal através do Decreto nº 3.189 (1999), onde é estabelecido que devem desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BORNSTEIN & STOTS, 2006).

O trabalho dos Agentes (comunitários) de Saúde veio a se transformar em profissão regulamentada apenas em 10 de julho de 2002 através da Lei 10.507 (2002). Mais de 25 anos após a criação do anteriormente citado Programa de Interiorização dos Serviços de Saúde (PIASS).

A Lei 10.507 preconiza como requisitos para o exercício da profissão conclusão do ensino fundamental e a conclusão com aproveitamento do curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. Quanto a esta qualificação básica, até o presente momento, apenas o módulo I de três previstos, foi ofertado aos ACS como instrumento de formação.

O que é exatamente um ACS? Nogueira, Silva & Ramos (2000) afirmam se tratar de um profissional *sui generis*. Atua em ações de Saúde, mas deve ser oriundo da própria comunidade onde irá exercer suas práticas. Funciona como elo entre serviço e comunidade, não encontrando referências para seus fazeres em nenhuma profissão já estabelecida.

Segundo alteração prevista pela Emenda Constitucional nº 51, o artigo 198 da Constituição Federal determinou que o ACS deve ser selecionado por meio de *processo seletivo público* (diferente de concurso público), método que contemplaria a necessidade de ser recrutado no território onde atuará:

“Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.” (BRASIL, 1988b, Emenda Constitucional nº51).

Resumidamente poderíamos dizer que o trabalho dos ACS se daria essencialmente através

de visitas domiciliares a todas as residências de sua área de atuação (território que abranja o limite para cada ACS de 750 pessoas adscritas), com frequência mínima de uma vez a cada mês. Estas visitas constantes teriam a identificação de situações de risco à saúde como principal objetivo. Caso haja a constatação da instauração de processos mórbidos o ACS deve encaminhar o usuário para contatos com os profissionais de nível superior das equipes. Especialmente com relação aqueles usuários acometidos de condições mórbidas crônicas, os ACS devem realizar o acompanhamento da evolução dos casos zelando pela correta adoção das terapêuticas propostas. Estes profissionais costumam atuar também como educadores em saúde, estimulando mudanças dos hábitos que possam colocar a saúde em risco, auxiliando as famílias com o manejo dos usuários já adoecidos e estimulando a participação da população em ações com o potencial de ampliação a qualidade de vida da comunidade.

A Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, dentre outras prescrições, nos apresenta detalhadamente suas atribuições básicas (item 8.14), que não são poucas:

- realização do cadastramento das famílias;
- participação na realização do diagnóstico demográfico,
- na definição do perfil sócio econômico da comunidade,
- na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência,
- na realização do levantamento das condições de saneamento básico e
- na realização do mapeamento da sua área de abrangência;
- realização do acompanhamento das micro-áreas de risco;
- realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;
- atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias;
- execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;
- promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;
- promoção do aleitamento materno exclusivo;
- monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;
- monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;
- monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;
- orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
- identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;
- realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação ;
- seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação;
- nutrição;
- incentivo e preparo para o aleitamento materno;
- preparo para o parto;

- atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério;
- monitoramento dos recém nascidos e das puérperas;
- realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência;
- realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- realização de ações educativas referentes ao climatério;
- realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;
- busca ativa das doenças infecto-contagiosas;
- apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;
- supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso;
- identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;
- incentivo a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;
- orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;
- realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;
- realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;
- estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

2.2.3 Agentes de Saúde nas práticas em Saúde Mental: antecedentes no Brasil

Com relação ao papel do ACS no que diz respeito a ações de Saúde Mental, não existem definições claras por parte da política de Saúde. Tal ausência de definições, afirmamos, não invalidaria a possibilidade da existência e do exercício destas ações. Já que, por exemplo, tanto no campo da Saúde Mental como no campo da Atenção Primária à Saúde a participação da comunidade é princípio e se o ACS está situado no ponto de intercessão entre comunidade e serviço, porque não poderia se constituir como em agente de saúde mental?

Analisando as atribuições expressas no item 8.14 da Portaria nº 1886/GM (1997) encontramos algumas que apresentariam adequação às práticas em Saúde Mental. Seriam as seguintes:

- Identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;
- Incentivo a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;
- Realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;
- Estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade. (BRASIL, 1997).

Não sendo objeto deste trabalho uma análise das atividades acima, acreditamos que os termos já em uma primeira leitura falam por si sobre a adequação a princípios e estratégias da Saúde Mental.

Retornando novamente à história de nossas políticas de Saúde poderemos concluir que a idéia de agentes de saúde leigos encarregados de ações de S. Mental foi oficialmente referendada pela política de Saúde há três décadas, por ocasião do Projeto Integrado de Saúde Mental (PISAM), que previa a realização destas ações pelas equipes de atenção básica. Tanto o PISAM como o PIASS foram apresentados na VI Conferência Nacional de Saúde (1977) partilhando muitos de seus princípios, como a ênfase na descentralização, a intenção da promoção de mudanças na forma da população encarar as doenças e seus tratamentos, a participação da comunidade e a utilização também de agentes leigos treinados para a consecução de suas propostas.

A apresentação do PISAM, através da palestra “Diretrizes Programáticas de Saúde Mental” por Josicelli Freitas, propôs, dentre outros pontos já expressos no presente trabalho, a promoção e participação progressiva da comunidade na atenção à Saúde Mental, iniciando pela família e ampliando-a na medida em que for ocorrendo mudança de atitude de população em relação à questão. Propôs também a “Incorporação na atuação psiquiátrica de profissionais não especializados de nível universitário ou médio e agentes de saúde leigos devidamente treinados e supervisionados.” (FREITAS, 1977, p.221).

Posteriormente em sua fala, Freitas denominou estes últimos como “agentes informais”. Especificamente atribuiu a estes e aos “grupos comunitários” a responsabilização no auxílio à superação das “crises”¹⁶; considerado um bom recurso para evitar a precipitação da doença mental. Com relação a utilização dos “agentes informais” e dos “grupos comunitários” para tal o autor argumentou que “(...) esta orientação decorre do princípio de evitar a "psiquiatrização" da comunidade e o aproveitamento das forças curativas naturais da população (...).” (1977, p. 223). As situações de “crise” estariam situadas no patamar da prevenção primária.

¹⁶ O conceito de “crise” foi referenciado anteriormente no presente trabalho (sessão 2.1.3).

Com o fim do PISAM (que mal chegou a ser implementado), a idéia da utilização de agentes leigos para atuação em Saúde Mental aparentemente caiu em desuso. Foram bastante timidamente retomadas após a definição de que a Atenção Básica no Brasil deveria se organizar a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, em meados dos anos 1990.

2.2.4 Agentes Comunitários de Saúde nas práticas em Saúde Mental: papel básico

O profissional *sui-generis* no qual veio a se constituir o ACS aparentemente pouco se incorporou de fato em ações de Saúde Mental. O pequeno registro de experiências apresentado anteriormente neste trabalho reforça esta percepção.

Empiricamente poder-se-ia supor que os ACS não estão hoje, nem preparados, nem motivados (não são normalmente orientados) para atuar em Saúde Mental. Mas os poucos casos encontrados na literatura chamam nossa atenção. Pesquisando estas experiências buscaremos verificar quais ações desenvolvidas efetivamente por ACS poderiam ser consideradas do campo da Saúde Mental.

Poderíamos afirmar que dos ACS se espera¹⁷ comumente que realizem três ações em Saúde Mental: identificação de casos novos, supervisão de casos conhecidos (uso da medicação e flutuações dos quadros) e encaminhamento aos profissionais de nível superior da equipe daqueles não tratados ou desestabilizados. Os ACS, agindo assim, dedicariam aos casos do campo da Saúde Mental a mesma atenção a qual são treinados para dedicar para qualquer outro doente (ou em vias de adoecimento) em sua área de atuação: identificação, encaminhamento e acompanhamento, através das visitas domiciliares.

Diversos dos (poucos) autores que abordam o trabalho dos ACS em Saúde Mental fazem referência a estas categorias de ações.

Com relação à função de identificação de casos nos falam Souza: “A atuação do ACS na atenção à Saúde Mental tem início na identificação de situações em que há suspeita de sofrimento

¹⁷ Expectativa baseada em suas atribuições gerais.

mental (...)” (2007, p.75) e Pereira & Andrade: “(...) estabelecer quais seriam as primeiras ações dos ACS no âmbito da Saúde Mental: identificar os casos suspeitos de transtornos mentais (...)” (s.d., p. 195).

Modesto & Santos abordam a identificação e o encaminhamento: “Constatou-se a importância da atuação dos agentes comunitários de saúde detectando precocemente os casos e encaminhando-os para a psiquiatra.” (2007, p.19).

Pereira, uma agente comunitária de saúde, em seu texto faz também referência a identificação e ao encaminhamento de casos: “Na primeira visita ao paciente, sobre o qual irei relatar o caso, sua mãe me informou toda a situação (...) Sai dali muito preocupada e fui logo ao Centro de Saúde conversar com o médico de minha equipe. No mesmo dia ele fez uma visita domiciliar (...)” (2008, p. 67).

Pereira, profissional da Saúde Mental, faz referência específica à função de encaminhamento: “Os casos chegam de formas diversas formas. O modo convencional e esperado é por intermédio dos ACS (...)” (s.d., p.98) e Barros et al citam ação de encaminhamento ao comentarem sobre a função de acompanhamento: “Algumas ações centradas na doença, tais como a supervisão do tratamento medicamentoso e o agendamento de consultas clínicas, foram relatadas pelos ACS em sua prática junto às pessoas com transtorno mental.” (2009, p.231).

Já Gomes (2006) descreve o modo de acompanhamento das pessoas com transtorno mental, através de entrevistas com ACS:

“Todos os entrevistados acompanham portadores de transtorno mental em sua área e utilizam a visita domiciliar já que é uma atividade que faz parte da rotina do ACS. Podemos observar nas seguintes falas:

“ Levo a equipe do PSF para visitar e depois encaminho para o CAPS e fico sempre visitando pra saber se ta tomando a medicação ou se tem um problema clinico” (Tiago).

“ Vou sempre na casa pra saber se ta tomando o remédio, se ta fazendo o tratamento direito” (Renato).

“ Visitando, orientando a medicação” (Tereza).

“ Faço a visita, a gente procura saber se ta tomando o remédio, se ta tomando banho, se ta se alimentando direitinho” (Graça).

“ Fazendo as visitas pra saber como ta a melhora, se ta tomando os remédios” (Levi).” (2006, p. 30).

Nunes et al. (2007) também fazem referência ao acompanhamento através de entrevistas com ACS:

“Eu acompanho, porque é mais a função do ACS (...). Às vezes a médica pergunta ‘Como está?’, mas não volta lá pra fazer uma visita, não está ali rente com o paciente; agora eu acompanho e acredito que os colegas também acompanham ali, está atento se internou, se saiu, se fugiu... (agente comunitário de saúde).” (2007, p.2378).

Finalmente Furlan (2005) tece críticas ao fato das ações dos ACS ficarem limitadas à realização destes papéis:

“O trabalho em equipe é valorizado por parte dos ACS, que vê com a ajuda dos outros profissionais certo auxílio para realização do seu trabalho. Porém, o que percebe-se é que os outros profissionais entram em ação para resolver o “problema” encontrado pelo ACS, sendo esse muito mais um “encaminhador” das demandas espontâneas.” (2005, p.7).

Ainda que concordemos com as críticas de Furlan, podemos afirmar os ACS com razoável frequência são também convocados (ou mesmo convocam – aqueles com maior autonomia) por profissionais da Saúde Mental para a realização de visitas domiciliares conjuntas. O contato constante do ACS com os usuários em suas residências facilitaria a abordagem.

Mattos, uma ACS do Projeto Qualis, em seu texto nos descreve uma situação assim:

“Foi quando decidimos levar o caso para o doutor Walter (psiquiatra), que também foi ao quarto dele. Ele não gostava que as pessoas entrassem em seu quarto, mesmo assim permitiu a visita do Walter, da equipe (eu, doutora Saron, enfermeira Jane, agente comunitária de saúde Jovane) e de sua mãe.” (s.d., p.55).

Lancetti também faz referências a visitas domiciliares em conjunto com ACS: “Uma tarde, fomos à casa de João com a agente comunitária e uma psicóloga da equipe” (s.d., p.25); assim como Santa Cruz, outra profissional da Saúde Mental: “Acompanhada pela agente comunitária, fui até a casa de Leandro (...)” (s.d., p.61) e assim como Pereira: “Em diversas ocasiões, em virtude da gravidade e urgência dos casos (violência, risco de suicídio, internação psiquiátrica, uso pesado de drogas, etc.) a equipe de Saúde Mental intervém diretamente nos casos. A aproximação é feita junto com os agentes comunitários (...)” (s.d., p.99).

Souza faz referência ao encaminhamento para consultas e às visitas em conjunto, no caso de

dificuldades dos ACS quanto à aproximação e compreensão dos casos: “Quando as visitas domiciliares são insuficientes para aproximação e caracterizações das situações, outras estratégias são utilizadas, como o agendamento de consultas na UBS com outros integrantes da ESF ou Saúde Mental ou a realização de visitas domiciliares com estes”. (2007, p.76).

2.2.5 Agentes Comunitários de Saúde nas práticas em Saúde Mental: papel avançado

Levando-se em conta o texto expresso na introdução da presente dissertação onde os ACS da UBS Geraldina Augusto Braga descrevem sua experiência com ações de Saúde Mental relatando sua atuação (atualmente, nos mostraram as visitas para observação participante, coordenação) em oficinas terapêuticas cujo objetivo seria “(...) reafirmar a capacidade de tomada de decisões e iniciativas do portador de sofrimento mental, buscando o entrosamento no grupo e dar aos usuários o direito a liberdade para suas escolhas” (MINAS GERAIS, 2006, p.2), podemos supor que se trata de ações que ultrapassam as funções de identificação, encaminhamento, acompanhamento e mesmo visita domiciliar em conjunto com a equipe de Saúde Mental.

Esta suposição encontra reforço na seguinte afirmativa: “Também oferecemos uma escuta adequada e ética a essas pessoas, para que de alguma forma possamos amenizar os seus sofrimentos.” (MINAS GERAIS, 2006, p.2).

Agentes de saúde “leigos” oferecendo escuta para amenizar sofrimento mental. Alguns de nossos autores partilham desta visão de uma participação mais ativa dos ACS com relação aos cuidados em Saúde Mental.

Nunes et al. reconhecem: “O grupo dos agentes comunitários de saúde mostra um trânsito mais cotidiano com famílias que têm algum membro com problema mental e, talvez por serem residentes na comunidade, tentam formas de lidar de modo mais contínuo com esses casos.” (2007, p.2378).

Barros et al., através de pesquisa realizada com ACS, enfatizam o papel ativo dos ACS no estabelecimento e manutenção de vínculos com usuários e familiares:

“As práticas realizadas pelos ACS junto às pessoas com transtornos mentais estão pautadas, fundamentalmente, no objetivo de estabelecer e manter

vínculos; assim, a convivência dos profissionais com as pessoas com transtorno mental e sua respectiva família é apontada pelos ACS como importante fator, sem o qual não se pode estabelecer uma relação de confiança mútua.” (2009, p.231).

Gomes, aponta a utilização por ACS do diálogo como instrumento importante para o estabelecimento de vínculo tanto com o usuário quanto com a família, “visando uma melhor estratégia para ajudá-los” (2006, p.30) e cita relatos destes profissionais para confirmação de sua percepção:

“(…) É possível notar a partir do registro dos seguintes discursos:
 “Começo conversando e tentando que eles façam o tratamento no CAPS” (Nazaré).
 “Procuro fazer amizade para conseguir um dialogo entre eu e ele” (Paulo).
 “Tento sempre conversar e entender” (Melka).
 “Eu converso e não excluo” (Gloria).
 “Converso com a família pra saber a real situação, pra ter mais detalhes, tem pessoa que não gosta de conversar. Às vezes é agressiva” (Daniel).” (2006, p.30).

Gomes ressalta ainda a oferta de apoio por parte dos ACS e a importância de sua escuta aos usuários e familiares:

“O oferecimento de apoio pode se manifestar de diversas maneiras, ou seja, quando permanecemos ao lado da pessoa enferma/sadia, atendendo as suas necessidades que podem apresentar-se de forma verbal ou não verbal; quando oferecemos segurança e até quando temos a conduta de pararmos para ouvi-la.” (2006, p.30).

Barros et al. fazem também referência ao elemento dialógico na ação dos ACS em Saúde Mental, atribuindo ao mesmo o caráter de avanço em relação à unidirecionalidade história dos discursos sanitários e ressaltando a importância concedida à atividade de escuta, tal como na experiência investigada pelo presente trabalho:

“As atividades de fala e escuta são apontadas como fundamentais entre as desenvolvidas pelos ACS, de onde podemos inferir uma perspectiva dialógica no trabalho desenvolvido por essas pessoas. Esse é um importante ponto a ser destacado, considerando que, historicamente, o profissional de saúde tem sua prática pautada no discurso unidirecional, minimizando a importância da atividade de escuta. A prática do ACS, por sua vez, em função da proximidade desse ator com a comunidade e com a sua realidade, parece não está imbricada dessa unidirecionalidade.” (2009, p. 232).

Fonseca, por sua vez, expressa a importância das relações dialógicas e do vínculo na vida dos

ACS com os portadores de transtorno/sofrimento mental, através das palavras de um destes profissionais:

“(...) digo pra você: o mais importante é essa conversa com as pessoas, como a gente fala, a gente tem muito caso e ele é só controlado, tem muita gente deprimida, muita gente com problema de depressão se que está diagnosticado que nem ele fala, mas assim nosso trabalho, tem, importância fundamental por causa disso, né? você estar indo na casa da pessoa, estar conversando, de estar mostrando para ela que a pessoa é importante, se mostrar interessado pelo caso dela, as vezes você senta lá a pessoa começa contar história lá da carochinha né? a porque quando eu era adolescente não sei o que é uma hora você fica ouvindo sem falar nada sabe? e de repente sabe? a pessoa parece que muda, você começa a vida está desse jeito, ah está bom assim surge esses problemas, de repente ela começa tal, tal, tal né? estava desanimada daqui a pouco ela não mais, é, precisa mudar né? então você vê a diferença só o simples fato de você estar lá estar conversando dar atenção né? porque o que você vê é falta de atenção mesmo porque a família não tem tempo para dar atenção é no caso de idoso (...). (Água Marinha, 34 anos).” (2006, p.100).

Estas citações nos falam de um trabalho ativo na construção de saúde mental, por agente de saúde que já não poderiam ser considerados completamente “leigos”, levando-se em conta que são também atravessados por discursos das práticas sanitárias. Com relação a este ponto, Barros et al., perceberam a apropriação de conceitos da Reforma Psiquiátrica por parte dos ACS e seu interesse ativo em promover Saúde Mental:

“A inserção social articulada à necessidade de envolvimento da família consiste na principal estratégia entendida pelos ACS como potencialmente capaz de promover a saúde das pessoas com transtornos mentais. Embora não seja feita referência expressa à Reforma Psiquiátrica, esse fato evidencia a apropriação dos profissionais de princípios fundamentais nos quais ela se apóia.” (2009, p. 231).

Os dois textos publicados escritos por Agentes Comunitários de Saúde (Pereira, 2008 e Mattos, s.d.) publicados em livros aos quais tivemos acesso, também demonstram a idéia de ACS atuando de forma ampliada para a promoção ou recuperação de Saúde Mental. O simples fato destes agentes “leigos” estarem produzindo conhecimento através da escrita, já nos fala da atribuição de um lugar de importância para suas ações no campo da Saúde Mental.

O elemento dialógico e o estabelecimento de vínculos na tentativa de manejo de casos podem ser encontrados nas palavras de Pereira:

“Na terceira visita, mais ou menos um mês depois, ele já estava desempregado e só ficava dentro de um quarto fechado, mesmo fazendo um calor enorme. Falei para ele que o sol estava brilhando lá fora e fui abrindo a janela, mas ele não suportava nem a claridade nem a luz e não respondeu a nenhuma das minhas perguntas.” (2008, p.67).

Ainda que aparentemente submisso aos saberes formais de uma profissional da Saúde Mental com a qual discutia sobre o caso, o próximo trecho do texto de Pereira expressa sua intenção de *aprender mais* para melhor manejo de casos, demonstrando a percepção de um papel ativo quanto a suas ações:

“(…) Ela me explicou que o caso dele era muito grave, e que precisava de um acompanhamento próximo, mas sem que ele se sentisse ameaçado, ou invadido em seu espaço. Por isso que às vezes, só lembrava da consulta e ia embora. Foi muito importante entender que em nosso trabalho temos que ser uma presença cuidadosa, não muito exagerada na vida de alguns pacientes.” (2008, p.68).

Mattos, ACS do Projeto Qualis, descreve em detalhes sua atuação em Saúde Mental com um usuário portador de severo transtorno. No trecho a seguir, expressa a importância das discussões em equipe para a sua compreensão e conseqüente aproximação do caso em questão:

“Nesse primeiro momento, ele era para mim assustador e eu tinha a impressão de que, a qualquer minuto, ele iria me atacar. Fui conhecendo um outro lado dele durante as reuniões com a Equipe de Saúde Mental (Salette e Luísa). As discussões do caso travadas por nós me ajudaram a vê-lo como realmente é: um ser sensível, carente, ingênuo, e não um monstro assustador. Alguém que sabe o que quer e muito reivindicador; principalmente agora que já está bem mais seguro.” (s.d., p.53).

O próximo trecho desvela o aprofundamento da compreensão do caso a partir de um processo de construção de saber baseado na síntese das vivências e em reflexões por parte da própria ACS:

“Porém, o que mais me chamou a atenção foram os muitos, muitos bilhetes colados na parede que ele escreve para ele mesmo como: “Nunca fale alto”, “Não é para sair do quarto quando tiver visitas na casa de meus pais!”, ou “Não é para brincar com a Sandrinha (sobrinha) que ela fica assustada”. Em todos os bilhetes, uma palavra se repetia: Não! Não! Não! Assim, percebi todas as suas angústias e suas dificuldades de se relacionar não só com os outros mas também com as pessoas da própria família, que ele ama muito.” (s.d., p.54).

Mattos, no próximo trecho, explicita seu desejo de protagonizar, em conjunto com a equipe,

ações de cuidado ao usuário em questão: “(...) sempre nos elogiando: vocês são muito competentes!”. Nós, a equipe, no princípio, éramos eu e a doutora Saron. Dessa forma, ele foi nos cativando e nos incentivando a cuidar mais dele.” (s.d., p.54).

Em resposta às solicitações de internação psiquiátrica por parte do pai do usuário (no texto denominado, “Leão”), Mattos nos descreve seu papel:

“Em vez disso, combinamos com a Equipe de Saúde Mental que eu iria acompanhá-lo no Grupo de Caminhadas, organizado pelo Posto, três vezes por semana. No dia e horário marcados, passei na casa do Leão e o levei ao Posto para nos encontrarmos com o grupo, cerca de cinquenta participantes, a maioria idosos. Eles estavam conversando e rindo quando eu disse: Pessoal, este aqui é o Leão; ele vai participar com vocês da caminhada.” (s.d., p.55).

A caminhada proposta no trecho anterior acabou não ocorrendo por causa da reação de perplexidade e rejeição do grupo. O fato parece ter estreitado os laços (tecnologia leve¹⁸, qualificaria Mehry) entre a ACS e o usuário, determinando a intensificação dos cuidados:

“A rua tornou-se silenciosa e fria. Começou a choviscar mas ele sempre tinha um guarda-chuva preto que deixava providencialmente pendurado no braço. Descemos protegidos da chuva e, ainda assim, ficamos encharcados pelo preconceito. Neste dia, fiquei deprimida e me sentia também como ele: rejeitada. A partir daí, eu passava na casa dele em dias alternados para nossa caminhada(...)” (s.d., p.56).

O próximo trecho se caracteriza pela descrição do processo de *imersão* da ACS nos cuidados em Saúde Mental para com o “Leão”:

“Ele abaixava a cabeça e saía andando bem rápido e eu falava:
- Olha o céu, tá bonito, né? Olha o passarinho na árvore....
Ele olhava porque eu mandava e voltava o olhar para o chão novamente. Eu achava engraçado e pensava: é, eu estou ficando louca mesmo! Mas eu continuei por menos tempo do que eu pensava.” (s.d., p.56).

O próximo trecho nos apresenta a ação da ACS - bastante diversa das práticas clínicas tradicionais da psiquiatria e psicologia - que funcionou como verdadeira intervenção na cultura, promotora de inserção social, que se mostrou fundamental no processo de melhora do usuário:

“(...) Leão pediu para segurar o meu braço e eu descii a rua de braço dado com ele, o que causou indignação de todos os vizinhos. As pessoas saíram para a rua e comentavam brincadeiras de mau gosto do tipo: “Ei, Solange!.

¹⁸ Conceito já explicado em sessão anterior do presente trabalho (2.1.1).

Agora você também é paga para andar de braços com esse aí?” E eu respondi com firmeza:

- Esse é o meu trabalho e esse aqui é o Leão.

Os meninos da rua o xingaram como de costume e jogaram pedras. De forma inesperada, eu chamei a atenção deles e nunca mais eles o insultaram. A partir desse dia, Leão começou a sair sozinho de casa. As pessoas da rua começaram a vê-lo de forma diferente e passaram a respeitá-lo.” (s.d., p.56,57).

Mattos, explica que após o incidente, gradativamente Leão teria começado a participar do grupo de caminhada e a interagir com outras pessoas, inclusive estabelecendo relacionamentos com algumas mulheres. Passou a cuidar da saúde, tomar banho, usar “roupas da moda” e se perfumar. A ACS atribui ao desfecho favorável do caso a possibilidade da contribuição *de todos* (não apenas dos detentores dos saberes “psi” ou mesmo dos demais operadores da saúde) pela via de elementos historicamente estranhos ao campo sanitário, mas presentes - explícita ou implicitamente - nas atuais formulações (neste trabalho já apresentadas) sobre Atenção Básica e sobre Saúde Mental no Brasil:

“O importante é que, nesse caso, eu vejo a vitória de um Projeto onde todos podem contribuir com o que há de mais importante no ser humano que é a solidariedade e o amor.” (s.d., p.58).

Através das últimas citações, pudemos tomar contato com experiências onde ACS tomam o encargo de manejar, em conjunto com a equipe, casos de transtornos mentais, ocupando o lugar de protagonistas na produção de saúde mental. A mais radical defesa do protagonismo do trabalho dos ACS em ações de Saúde Mental encontramos em Antônio Lancetti, baseada principalmente em reflexões sobre experiências do Projeto Qualis.

Em palestra proferida na III Conferência Nacional de Saúde (2001), Lancetti relatou episódio em que uma ACS encontra uma família (mãe e filhos) prestes a ingerir veneno para ratos. A justificativa era a situação continuada de falta de alimentos na mesa, de ameaça de despejo e de insuficiência de renda. A profissional recolheu o veneno, deixou uma vizinha de plantão e buscou diversos recursos institucionais, os quais falharam todos. A ACS retornou, orientou a vizinha que se mantivesse no local, foi até o supermercado, pediu para conversar com o proprietário e conseguiu cesta básica para mais de um mês, depois foi até o dono do imóvel e também obteve um prazo para

pagar o aluguel. Lancetti prosseguiu a narrativa:

“Poucos dias depois, perguntei à Silvia, ACS, se poderia acompanhá-la e conhecer a família. Como velho clínico, estava desconfiado. A agente de saúde respondeu que não era possível, pois a senhora já estava empregada. Que clínica é capaz de operar com essa eficácia? Que universitário lançaria essa luz e teria essa capacidade de doação?” (LANCETTI, 2001, p. 99).

O mesmo caso foi utilizado por Lancetti para abertura do texto “A Potência Terapêutica dos Agentes Comunitários de Saúde”, publicado em seu livro “Clínica Peripatética” (Hucitec, 2007, p.87,88,89).

O texto, sustentando a defesa da importância destas ações dos ACS, nos apresenta também outros casos assemelhados.

O próximo se refere ao papel de uma ACS na sobrevivência, no manejo e na inserção social de uma esquizofrênica abandonada pela família em prisão domiciliar:

“Outra agente consegue conversar com uma esquizofrênica que era mantida pela família em prisão domiciliar. Passa uma ou duas vezes por dia pela casa onde a senhora estava trancafiada e cuida da comida que a vizinha passa por cima do muro (...) A agente aceita ser um pássaro, acompanha uma conversa sem sentido comum e vai conduzindo a senhora, junto com a equipe de saúde mental, para o posto. Acompanha-a ao banco para receber sua aposentadoria, que antes o neto a subtraía (...) voltou a administrar seu dinheiro e reencontrou amigas. A ACS ajuda a encontrar parentes que cuidarão da senhora até o fim de seus dias, que passou livre e dignamente.” (2006, p.90).

Prosseguido, Lancetti faz referência a um ACS que conseguiu conter um usuário em agitação psicomotora, possivelmente por morar na casa ao lado da do usuário e por ter conquistado ascendência afetiva e respeito do mesmo após assumir suas funções na profissão: “nenhum técnico teria o mesmo êxito dele, dando continência a alguém que se encontra em erupção psicótica.” (2006, p.90).

Dentre outros exemplos, Lancetti mais adiante relata a efetividade de ações de ACS em Saúde Mental na lida com a violência urbana: “Outra ainda, suspende a ordem de fuzilamento de um rapaz que deve aos traficantes. Ela explica ao traficante que o rapaz é paciente, que faz isto porque está doente e que está em tratamento.” (2006, p.91). Também na pura lida com a violência urbana: “Outra desmonta um seqüestro sem denunciar ninguém. Entra no cativo, grita com os

seqüestradores, devolve a moça seqüestrada à família sem receber recompensa, e ninguém denuncia.” (2006, p.91).

Com exceção do Projeto Qualis, não dispomos de informações sobre os destinos das experiências aqui referenciadas. Malgrado a falta destas informações, os casos citados pelos autores pesquisados e as questões levantadas por Lancetti sugerem que algo novo irrompe nas práticas da Saúde. Algo que contraria radicalmente a hegemonia do discurso do especialismo tão criticado pela tradição basagliana (AMARANTE, 1996).

O trabalho dos ACS (agentes “leigos”) em ações de Saúde Mental – um elemento novo, mesmo que pouco freqüente, mesmo que não abordado explicitamente pelas políticas de saúde, teria grande potencial terapêutico.

Lancetti, no texto ora abordado, enuncia várias hipóteses para a realização das arrojadas e profícuas ações dos ACS do Projeto Qualis em Saúde Mental. Não as exploraremos neste momento, mas sim durante às elaborações que serão construídas a partir da análise dos dados coletados nas pesquisas de campo com os ACS da UBS Geraldina Augusto Braga.

Mas, para terminar, faremos uma exceção citando agora a hipótese da necessidade da ocorrência de um *estado instituinte* (LANCETTI, 2007, p 92) onde o novo poderia circular, como pré-condição para experiências como aquelas (o que explicaria sua pequena freqüência):

“Este estado instituinte favoreceu a formação de equipes onde o agente comunitário de saúde não se transformou num subordinado do médico.

Quanto ensinamos e quanto aprendemos com agentes comunitários de saúde!”.

III – REFERENCIAL TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Referencial Teórico:

Para abordar a experiência de ações em Saúde Mental realizadas por Agentes Comunitários de Saúde tomaremos como referencial teórico a concepção de Atenção Primária expressa na Declaração de Alma Ata (WHO, 1978) e o conceito de Desinstitucionalização, desenvolvido pelo psiquiatra Franco Basaglia na Itália, também nos anos 1970. As idéias expressas na Declaração de Alma Ata norteiam as práticas de Atenção Primária em Saúde no mundo e mais especificamente o modelo Saúde da Família de atenção básica no Brasil. O conceito de Desinstitucionalização, oriundo da tradição Basagliana, norteia o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental no Brasil nos dias de hoje.

3.1.1 Declaração de Alma Ata

A Assembléia Mundial da Saúde¹⁹ em 1977 formulou a meta *Saúde para Todos no Ano 2000*, assumindo a proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde através de sistemas de assistência à saúde adequados aos recursos disponíveis em cada país.

Logo após, em 1978, a Conferência de Alma Ata (Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde), promovida pela OMS e realizada na cidade de Alma Ata (Kazaquistão), apresentou e expressou através de uma declaração a Atenção Primária como estratégia privilegiada de operacionalização da meta *Saúde para Todos no Ano 2000*. Veio reafirmar a saúde, considerada como estado de completo bem-estar físico, mental e social, como direito do homem, sob a responsabilidade política dos governos. Reconheceu ainda o direito e o dever dos povos de participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, inclusive aqueles da própria comunidade.

¹⁹ A Assembléia Mundial da Saúde é o principal órgão controlador da OMS. Ele é composto de delegados de todos os países-membros, que atualmente são 192. A assembléia se reúne no mês de maio, normalmente no escritório principal da OMS, em Genebra, na Suíça.

O texto da Declaração de Alma-Ata nos explica mais sobre os cuidados primários em saúde:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de auto-suficiência e auto-determinação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (WHO, 1978).

A Declaração apontou também que a consecução da saúde requereria a ação de muitos outros setores sociais e econômicos e que os cuidados primários se constituiriam como a chave deste processo. Estes deveriam ter em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

O profissional que temos em questão no presente trabalho, o agente comunitário de saúde, é apresentado na declaração de Alma-Ata como um dos integrantes da equipe, dentre os membros da comunidade que poderiam se ocupar dos cuidados primários:

“Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários (*community workers*) conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.” (WHO, 1978).

A Declaração de Alma-Ata traz uma concepção abrangente e avançada de Atenção Primária à saúde. Não se trata apenas de atenção ambulatorial descentralizada em postos de saúde, mas de um dispositivo central em torno do qual deveriam se organizar os sistemas de saúde dos países. Prescreve a responsabilização dos governos na disponibilidade aos seus cidadãos do direito à saúde e propõe a ampla participação da população, tendo em vista sua auto-suficiência e auto-determinação, utilizando-se dos recursos disponíveis, sanitários e/ou comunitários.

A afirmação política das idéias da Alma Ata, funcionou como um dos fatores determinantes

da estruturação da Atenção Básica Brasileira tal como a descrevemos e mesmo do Sistema Único de Saúde como um todo. Ela sustenta também a importância do trabalho de agentes comunitários de saúde, certamente influenciando a construção de nosso modelo de Saúde da Família.

3.1.2 Desinstitucionalização

Quatro meses antes da Declaração de Alma-Ata ser lançada, ocorreu na Europa, um fato em de grande importância para nossa pesquisa: a promulgação na Itália da Lei 180, conhecida como “Lei Baságli”.

A mundialmente pioneira Lei 180, dentre outros elementos, proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e prevê a extinção progressiva dos já instalados e sua substituição por serviços comunitários. Veio coroar no campo legal as experiências assistenciais em Saúde Mental que se desenvolviam há alguns anos capitaneadas pelo psiquiatra veneziano Franco Baságli (1924-1980) e que faziam parte do movimento da denominada Psiquiatria Democrática Italiana.

A partir de Baságli, as críticas às condições sub-humanas às quais eram submetidos os internos em hospitais psiquiátricos, tomaram a forma de uma contundente crítica aos próprios fundamentos da psiquiatria (mesmo das instituições em geral), que justificariam a radical assimetria – fonte de todos os abusos - entre o poder do médico e o do paciente.

Como exemplo das forças e mecanismos das instituições (tal como a psiquiatria) sobre as quais se organiza a nossa sociedade, Franco Baságli, expoente central do, nos alerta:

“(...) o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm poder e os que não têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade.” (BASAGLIA, 1985, p.101).

Exclusão, violência e abusos cometidos em nome da ciência sob a justificativa de suposta necessidade de se tratar através dela a “doença mental”. A crítica de Baságli nos lembra que:

“(...) o doente foi colocado entre parênteses pela psiquiatria para que fosse possível nos dedicarmos à definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem precisar temer eventuais possibilidades de sermos desmentidos por uma realidade que já havíamos negado... (...)” (BASAGLIA, 1985, p.125).

Rotelli & Amarante (1992), fazendo referência ao movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, nos falam da gradativa substituição do conceito “doença mental” pelo conceito “existência sofrimento” que se referiria às experiências do sujeito em relação com o corpo social. Esta substituição seria conseqüência da proposta de Baságli de se colocar desta vez a *doença* entre parênteses:

“Se quisermos enfrentar cientificamente o problema do doente mental será preciso, em primeiro lugar, pôr “entre parênteses” a doença e o modo pelo qual ela foi classificada, para considerar o doente no desdobramento em modalidades humanas que –justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis.” (BASÁGLIA, 2005, p.36).

Estas mudanças conceituais tiveram início ainda nos anos 1960, partindo da implementação por Baságli de um processo de humanização do hospital de Gorizia, baseado em estratégias de comunidade terapêutica.²⁰ Havia uma grande preocupação com os efeitos deletérios que as internações psiquiátricas, por sua lógica, provocavam nos pacientes.

Sobre a questão nos fala Baságli, através de sua comunicação ao I Congresso Internacional de Psiquiatria Social, Londres, 1964:

“A partir do momento em que transpõe os muros do internamento, o doente entra em uma nova dimensão de vazio emocional (resultado da doença que Burton denominava *institutional neurosis* e que eu chamaria, simplesmente, de institucionalização); ou seja, vê-se introduzido num lugar que criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação.” (BASÁGLIA, 2005, p.24)

Para lidar com o problema da insitucionalização, bem como comportar o deslocamento do objeto “doença mental” para o objeto “existência sofrimento”, foi necessário uma verdadeira mudança de paradigma aqui compreendida a partir do conceito basagliano de *desinstitucionalização*.

²⁰ Modelo desenvolvido por Maxuel Jones na Inglaterra no bojo das mudanças ocorridas após a Segunda Guerra Mundial. Segundo a Linha Guia de Saúde Mental, pretendia fazer do hospital psiquiátrico um espaço terapêutico, incentivando os internos a participar ativamente da administração do hospital, do próprio tratamento e do tratamento uns dos outros. Dava ênfase especial à prática de reuniões, de assembléias e de outros espaços em que os pacientes pudessem ter voz ativa na instituição. (MINAS GERAIS, 2006).

A desinstitucionalização proposta por Baságliã não se confundiria com desospitalização (como ocorreu no caso da psiquiatria preventiva comunitária) e se constitui enquanto desconstrução do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade em prol da “invenção da realidade” como processo histórico. (AMARANTE, 1996).

Como instituições que funcionariam sob a base do paradigma racionalista que é atravessado pelo ideal de positividade da ciência, Rotelli, de Leonardis & Mauri (2001) nos apresentam a justiça, a assistência e a medicina. Estas instituições fariam fronteira com a psiquiatria. Atuariam a partir de uma relação codificada entre a definição e explicação do problema e a proposição de uma solução racional que tenderia para o ótimo.

Esta relação codificada se apresentaria especificamente no âmbito da medicina da seguinte maneira:

“A terapia entendida não tanto como uma relação individual entre médico e paciente mas sobretudo como um sistema organizado de teoria, normas, prestações – é em geral o processo que liga o diagnóstico ao prognóstico, que conduz da doença à cura. Este é portanto um sistema de ações que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional tendencialmente ótima (a cura).” (2001, p. 26).

Os autores afirmam ainda que, de fato, a psiquiatria sempre teria passado por dificuldades para se enquadrar na racionalidade deste sistema, pois a “doença mental” seria um objeto bastante “não conhecível” (definição e explicação do problema) e frequentemente incurável (solução racional) e que a própria existência dos manicômios se apresentaria como prova destas dificuldades, demonstrativo de sua impotência em alcançar a solução (cura), a despeito do arsenal terapêutico disponível.

Prosseguindo a reflexão sobre os problemas da psiquiatria, Rotelli, de Leonardis & Mauri (2001) apontam a seguir o que seria preciso desinstitucionalizar para trazer à luz o conceito de “existência sofrimento” como objeto complexo, alternativo ao conceito “doença mental”:

“(...) o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constituiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”. É este o conjunto que é preciso

desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “*existência*” doente.” (2001, p.28).

Os autores agora aprofundam o conceito *desinstitucionalização* a partir de uma definição de *instituição*:

“(…) É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se “a existência sofrimento dos paciente” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.” (2001, p. 30).

Apresentando uma fundamental dimensão da *desinstitucionalização* os autores prosseguem no texto pesquisado:

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente.” (2001, p.30).

Fariam parte da “invenção de saúde” e da “reprodução social do paciente”, a produção de vida, de sentido, de sociabilidade onde a solidariedade e a afetividade se tornariam momentos e objetivos centrais na economia terapêutica.

Estas idéias foram efetivamente postas em prática na Itália a partir de 1971 com Basaglia assumindo a direção do Hospital Psiquiátrico San Giovanni em Trieste.

Sobre a experiência, nos fala Anaya:

“(…) O processo de transformação nesse local levou dois anos de trabalho cotidiano, para fechar completamente todos os pavilhões do hospital. Um trabalho que se realizou de forma rápida e eficaz, ao contrário da experiência de Gorizia, que levou cerca de dez anos para abrir as portas do manicômio à sociedade e tinha como objetivo a criação de uma nova comunidade terapêutica. Trieste buscou na própria comunidade o objetivo de seu trabalho, constituindo-se como espaço real para construir e viabilizar a vida das pessoas que se encontravam internadas.” (ANAYA, 2004, p.66).

Segundo Anaya (2004) a intensidade e a forma de convivência que se desejou estabelecer com a população formaram o diferencial identificado por Basaglia entre esta experiência e a desenvolvida anteriormente em Gorizia. Ela prossegue sua explanação:

(…) Assim, Basaglia e sua equipe (Franco Rotelli, Giuseppe Dell’Acqua,

Ernesto Venturini, Franca Basaglia, entre outros) iniciaram o processo de transformação da psiquiatria em Trieste, tendo como idéia inicial a desconstrução do manicômio(...). Abriram-se as portas do interno para o externo, estruturando um programa que englobava e redimensionava a prevenção, o tratamento e a reinserção social na comunidade. Nesse trabalho construiu-se outro significado para o processo de *desinstitucionalização*, diverso do americano (...).” (ANAYA, 2004, p.67).

Após um laborioso e engenhoso processo de reinserção na comunidade dos pacientes internados (sob a lógica da responsabilização da equipe), foi no período entre 1975 e 78, com a desativação do hospital psiquiátrico de San Giovanni, que se deu início a criação e organização dos serviços substitutivos ao manicômio, de base territorial.

Foram inicialmente criados sete Centros de Saúde Mental (CSM), sendo um para cada base territorial da cidade. Se caracterizavam como estruturas *substitutivas* ao manicômio, montados como uma casa, com funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana, assemelhando-se em muito ao brasileiro CAPS III, que funciona no mesmo período e tem lógica semelhante.

Barros apud Anaya (2004) nos falam sobre a forma de funcionamento deste dispositivo:

“a complexidade de situações ou da assistência sociopsiquiátrica desenvolvida, faz dos CSM triestinos estruturas que, segundo o momento e a necessidade de cada pessoa, adquirem um caráter de serviço médicoambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia), ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades socio sanitárias, culturais e esportivas do bairro.” (2004, p.74).

O Centro de Saúde Mental (como os CAPS), passa a ocupar lugar central no interior de um território definido, colocando entre seus objetivos a emancipação social e “uma precisão organizativa, que permite respostas adequadas e conseqüentes à complexidade das situações à medida que essas, gradualmente, emergem.” (DELL’ AQUA apud ANAYA, 2004, p.74).

A rede foi crescendo até compreender, além dos 7 centros de saúde mental (de referência territorial para 47.000 habitantes cada), 1 serviço psiquiátrico de emergência, 16 apartamentos sanitários (propriedade pública), 21 apartamentos sociais (propriedades privadas geridas pelos operadores dos CSM), 7 oficinas de atividades artesanais, artísticas e de socialização, 5

cooperativas, 1 comunidade terapêutica ligada ao serviço de toxicod dependência, 1 centro médico de assistência social (toxicod dependência), 1 grupo de profissionais com 2 técnicos de cada CSM para o serviço psiquiátrico junto ao presídio de Trieste, 1 alojamento para 35 voluntários e 1 serviço de apoio educacional para usuários dos serviços de saúde mental. (ANAYA, 2004).

3.1.3. Reflexões

Podemos concluir que tanto a Declaração de Alma-Ata quanto o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana trouxeram para o campo da Saúde concepções abrangentes e avançadas. Esta última preconizou um trabalho através de rede de dispositivos, na e com a comunidade, com o objetivo de se promover livre circulação, inserção social e autonomia daqueles antes institucionalizados, trabalhando com equipes multidisciplinares e com indivíduos externos ao campo sanitário propriamente dito, como artistas e voluntários. Neste sentido, a experiência de Trieste se aproxima das idéias expressas na Declaração de Alma-Ata. O movimento italiano, todavia, ousou questionar frontalmente as bases que historicamente sustentaram a psiquiatria e seu objeto: a “doença mental”. Podemos considerar que a concepção de Atenção Primária definida em Alma Ata também questiona as bases da prática médica no século XX (que persistem ainda), baseada na lógica mecanicista, biologicista e especialista inaugurada com o Relatório Flexner²¹. Todavia a experiência Basagliana (e a Reforma Psiquiátrica Brasileira) parece ter avançado mais que a Atenção Primária em sua radicalidade, tanto quando determina um outro objeto de intervenção (existência sofrimento), como quando decreta a substituição dos hospitais psiquiátricos.

O processo de “invenção da realidade” de que nos fala Amarante (1996) em relação ao conceito basagliano de desinstitucionalização, tem potencial de fortalecer os laços entre Saúde Mental e Atenção Primária²². Ambos os campos devem agora reduzir sofrimentos, ampliar

²¹ Relatório elaborado em 1910 nos Estados Unidos pelo Prof. Abraham Flexner, cujas idéias influenciaram o fazer médico em vários países do mundo, incluindo o Brasil. Sobre ele nos fala Aleixo (2004): “Este trabalho denominado “Relatório Flexner”, realizado após visita a 155 escolas médicas americanas, pregava uma série de modificações nos currículos médicos, baseando-se em determinados pressupostos ideológicos para a medicina, como o mecanicismo (o homem é comparável a uma máquina), o biologicismo (predominância da natureza biológica das doenças), o individualismo (exclusão dos aspectos sociais), o especialismo (superespecialização do médico), a tecnificação precoce e crescente do ato médico e a ênfase na medicina curativa (...).” (2004, p.4).

²² Laços em parte expressos pela Declaração de Caracas, adotada por aclamação pela Conferência sobre

qualidade de vida, incluir na sociedade, promover cidadania e promover saúde. Acreditamos que os Agentes Comunitários de Saúde podem e devem atuar em Saúde Mental sob estes objetivos.

3.2 Estratégia Teórico-Methodológica

Explicitaremos agora a metodologia de pesquisa utilizada para a investigação da experiência dos agentes comunitários de Saúde na Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusto Braga (Betim, MG).

Concisamente, Minayo (2007) define metodologia como um amálgama que inclui o método, as técnicas e atributos do pesquisador, da seguinte maneira:

“(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).” (2007, p. 14).

Como nos propusemos a investigar na experiência em questão as práticas em Saúde Mental realizadas pelos ACS, os sentidos destas para eles próprios e as condições institucionais que propiciaram sua realização, optamos para tal pela utilização da pesquisa qualitativa. Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa se ocuparia de um nível de realidade o qual, como nosso objeto, não pode ou mesmo não deveria ser quantificado.

Sobre pesquisa qualitativa Minayo prossegue afirmando que “(...) trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (...)” (2007, p.21), o que corresponderia ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Estes fenômenos fariam parte da realidade: realidade social, “(...) pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.” (2007, p. 21).

Iniciamos nossa investigação através de metodologia qualitativa norteados pela seguinte

prescrição de Minayo (1992):

“A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo (...).” (MINAYO, 1992, p. 101).

Minayo (2007) denomina como Ciclo de Pesquisa o processo de trabalho que começa com uma pergunta e termina com uma resposta ou produto. Este processo, diferentemente dos processos de produção da arte e da poesia, baseados essencialmente na inspiração, necessitaria, além da criatividade, de uma laboriosa construção artesanal, que se utiliza de linguagem fundada em reconhecidos conceitos, proposições, métodos e técnicas.

O ciclo de Pesquisa se configuraria como um trabalho em espiral, iniciado por uma fase exploratória, seguido por um trabalho de campo e finalizado com a análise e o tratamento do material recolhido.

O presente trabalho foi estruturado de acordo com os passos do ciclo de pesquisas expressos por Minayo.

3.2.1 Fase Exploratória

A fase exploratória, que deve se constituir, segundo Minayo (2007), como tempo de produção de todos os procedimentos necessários para a entrada em campo, se caracterizou no presente trabalho, pela definição, delimitação e desenvolvimento teórico de nosso objeto de pesquisa. Neste sentido, como elaboração teórica, realizamos e expusemos nos capítulos anteriores uma exploração de textos e documentos cuja análise foi capaz de lançar luz sobre as bases histórico/institucionais nas quais se sustentariam ações em Saúde Mental executadas por ACS.

Ainda segundo Minayo (2007), a elaboração do projeto de pesquisa se configuraria também como elemento fundamental da fase exploratória. Durante a elaboração do projeto de pesquisa definimos o Campo de Observação, sobre o qual abordaremos a seguir:

3.2.1.1 Local de Pesquisa

Para desenvolvimento do trabalho de campo foram utilizados a Unidade Básica de Saúde

Geraldina Augusta Braga (Betim, MG) e o espaço (garagem) próximo à unidade onde ocorrem as Oficinas Terapêuticas, citadas em nossa Introdução. A UBS foi escolhida por sediar as equipes de Saúde da Família das quais fazem parte os ACS que realizam as ações em Saúde Mental pesquisadas e a Oficina Terapêutica por se constituir como *locus* destas ações.

A UBS Geraldina Augusta Braga funciona como um centro de saúde. Realiza atendimentos em saúde mental (e em outras especialidades) para os bairros PTB, Jardim Santa Cruz, Paulo Camilo I, II e III, Petrovale, Jardim Nazareno, Guanabara I e II, Campos Elísios, Kennedy, Cruzeiro e José Gomes, cobrindo uma população de aproximadamente 34.000 habitantes. De acordo com o organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, é considerada também como uma Unidade Básica de Referência (UBR), por referenciar quatro equipes de Saúde da Família, que atuam nos bairros Guanabara I e II e Campos Elísios.

As categorias profissionais que atuam na unidade são as seguintes: Agente Comunitário, Assistente Social, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Farmácia, Auxiliar de Limpeza, Auxiliar de Recepção, Enfermeiro, Farmacêutico, Médico Clínico, Médico Ginecologista, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Odontólogo, Oficial Administrativo e Psicólogo.

A Rede Básica de Saúde²³ do município de Betim é composta por 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 20 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e 40 equipes de Saúde da Família.

A rede de Saúde Mental é composta por 03 CERSAM²⁴ (Centros de Referência em Saúde Mental.), funcionando 01 por 24 horas/dia; 01 CERSAMI (CAPS para infância e adolescência); 01 Centro de Convivência; 01 Serviços Residencial Terapêutico; equipes em 04 UBS e nas UBSF.

O município, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG, tem como população 391.716 habitantes.

3.2.1.2 Participantes

Considerando-se que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade as múltiplas dimensões de uma realidade a se estudar, a definição de amostragem de participantes deste estudo

²³ Informações obtidas no sítio oficial da prefeitura: www.betim.mg.gov.br . Acesso em 07/2009.

²⁴ Trata-se de 03 CAPS com esta denominação de fantasia.

se baseou nas seguintes recomendações de Minayo (1992):

- Definir com clareza o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação;
- Não se esgotar enquanto não se delinear o quadro empírico da pesquisa;
- Levar em conta a possibilidade de inclusão progressiva suscitada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria.

Entendemos que o grupo de maior relevância para o estudo é o corpo de integrantes da equipe de Agentes Comunitários de Saúde responsáveis pelas ações de Saúde Mental. Compuseram a pesquisa 06 ACS (os únicos restantes daqueles que atuavam em 2006, época do Prêmio José Cezar de Moraes²⁵) e também 02 técnicos de nível superior, que tiveram papel fundamental na gênese do projeto. Desta forma, pudemos evidenciar as práticas de Saúde Mental em questão e seus sentidos para aqueles que as realizam, além de lançar luz sobre as condições institucionais que propiciaram sua implementação.

3.2.1.3 Critérios de Inclusão

Para o presente estudo, foram considerados como atributos imprescindíveis no que diz respeito à amostra de Agentes Comunitários de Saúde os seguintes:

- Que estivessem realizando cuidados em Saúde Mental.
- Que estivessem atuando nas equipes cujas ações no campo da Saúde Mental receberam o prêmio José César de Moraes, desde antes de 31 de março de 2006, época do concurso.
- Que fossem acessíveis e estivessem disponíveis para participar do processo de pesquisa.

Consideraram-se como atributos imprescindíveis no que diz respeito à amostra de técnicos de nível superior os seguintes:

- Que tivessem exercido algum papel no tocante aos cuidados em Saúde Mental realizados pelos ACS.
- Que estivessem atuando com as ou nas equipes cujas ações no campo da Saúde Mental receberam em 2006 o prêmio José César de Moraes, desde a origem da experiência.
- Que fossem acessíveis e estivessem disponíveis para participar do processo de pesquisa.

3.2.2 Trabalho de Campo

De acordo ainda com Minayo (2007) o trabalho de campo consistiria no deslocamento para a prática empírica da construção teórica elaborada na fase exploratória do trabalho a qual serviria

²⁵ Citado na Introdução do presente trabalho.

para delinear os eixos norteadores da abordagem.

Definimos como instrumentos de investigação de campo as entrevistas semi-estruturadas (Anexo I) e a observação participante para a produção primária de dados. Esta produção, de acordo com Minayo (2007), se daria a partir da interação direta entre pesquisador e sujeitos pesquisados. Para a produção secundária de dados foi utilizado o estudo de um documento e um texto²⁶ produzidos sobre a experiência pela equipe por ela responsável.

3.2.2.1 Observação Participante

A técnica da observação participante é definida por Minayo (2007) como “um processo pelo qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica.” (2007, p.70). Continua, afirmando que “o observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles.” Espera-se que através da participação da vida social de nossos interlocutores, consiga-se elucidar as dimensões dos acontecimentos que ultrapassam as possibilidades de esclarecimento via entrevistas.

Para coleta sistemática de informações, na observação participante foi utilizado o “diário de campo”, considerado por Minayo (2007) como “o principal instrumento de trabalho de observação”. Minayo nos lembra que o dispositivo “nada mais é que um caderninho, uma caderneta ou um arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas várias modalidades”. As informações registradas no “diário de campo” foram utilizadas no processo de construção de sentidos durante a análise qualitativa.

Ao todo foram realizadas três visitas (dias 15 e 22 de abril e 22 de maio de 2009) para observação participante, na Oficina Terapêutica, hoje coordenada por Agentes Comunitários de Saúde. A última visita, não previamente programada, ocorreu para acompanhamento da festa de aniversário de 06 anos do dispositivo.

²⁶ Formulário de Inscrição do I Seminário Estadual de Saúde Mental e Atenção Básica - 2006 (do qual faz parte o texto “Experiência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga, em Betim, MG”, apresentado na Introdução do presente trabalho) e o texto “Quebrando Preconceitos: Relatos sobre Parceria entre Agentes Comunitários de Saúde; Equipe de Saúde Mental e Comunidade”, assinado por Bispo, Souza, Nacif, Azevedo e 16 ACS (2006).

3.2.2.2 Entrevista

Segundo Minayo (1992) a entrevista é um instrumento privilegiado para coleta de dados pela possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Tomando como elemento central a fala, temos também as práticas discursivas às quais nos remete Spink e Medrado (2004), propondo uma metodologia que investigue a maneira a partir da qual as pessoas produzem sentidos, e o modo como se posicionam, em suas relações sociais. Para tal o papel da entrevista seria fundamental:

"numa entrevista, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexão, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente associadas ao tema originalmente proposto. Estamos, a todo momento, em nossas pesquisas, convidando os participantes à produção de sentidos." (SPINK & MEDRADO, 2004, p.45).

As entrevistas aqui utilizadas seguiram o modelo semi-estruturado, baseadas em um roteiro flexível de questões que possibilitem a construção e circulação de sentidos (Anexos I e II), permitindo a abordagem de temas e objetivos predeterminados, sem, no entanto, se manter rigidamente preso a eles. Contrapondo o modelo semi-estruturado ao estruturado, Minayo (1992) nos lembra que “quando se trata de apreender sistemas de valores, de normas, de representações de determinado grupo social, ou quando se trata de compreender relações, o questionário (estruturado) se revela insuficiente.” (MINAYO, 1992, p. 121).

As entrevistas ocorreram ao longo dos meses de abril e maio de 2009.

3.2.2.3 Características da Amostra

Entendemos ser importante aqui caracterizarmos apenas o tempo de trabalho na unidade em questão de cada ACS e de cada técnico entrevistado.

Dos seis ACS pesquisados quatro vivenciaram o início da experiência e dois entraram posteriormente no serviço.

Dos quatro que vivenciaram o início da experiência, três ingressaram no serviço há aproximadamente nove anos e um há aproximadamente oito anos.

Os dois que entraram posteriormente no serviço o fizeram há aproximadamente quatro anos e meio.

Todos os ACS pesquisados continuam atuando na UBS Geraldina Augusto Braga, sendo que nenhum deles trabalhou anteriormente nesta profissão em outro serviço.

Os técnicos de nível superior trabalhavam na unidade pesquisada desde antes do início da experiência e ambos já haviam atuado em outros serviços.

Atualmente os técnicos pesquisados não trabalham mais na UBS Geraldina Augusto Braga.

3.2.2.4 Estratégia de Entrada e Ética na Pesquisa

Antes de adentrar no campo de investigação, foi estabelecido contato com a Diretora Operacional de Saúde de Betim para explicitação dos objetivos da pesquisa e entregue em mãos uma carta de apresentação (Anexo IV) com dados do pesquisador. Após a concordância daquela, foi repetido o mesmo procedimento com a gerente da UBS Geraldina Augusto Braga. Após sua concordância, estabeleceu-se contato com a psicóloga da unidade para que agendasse uma reunião com o grupo de ACS. Nesta reunião foram apresentados os objetivos da pesquisa e as técnicas que seriam utilizadas para a coleta de dados. Houve conversa mais ampliada sobre a situação atual da experiência, sobre o Prêmio José César de Moraes e outros assuntos. Neste momento as ACS presentes, com prontidão, marcaram as entrevistas.

Todos os entrevistados expressaram sua concordância em participar da pesquisa através de assinatura no “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo III), elaborado sob as prescrições da Portaria 196/96 (regulamentação sobre a ética nas pesquisas) e apresentado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Para resguardar o sigilo das informações e proteger os informantes, denominaremos no presente trabalho os quatro ACS já atuantes no início da experiência indistintamente como “ACS JA”. Aos que ingressaram em fase posterior, denominaremos indistintamente como “ACS”. Julgamos importante estabelecer diferenciação entre estes dois grupos de ACS, já que nem todos fizeram parte da gênese da experiência e que este fato poderia influir sobre o ponto de vista deles.

Os técnicos de nível superior serão simplesmente denominados de “TNS”, os dois.

3.2.3 Análise e Tratamento do Material Coletado

Ainda de acordo com Minayo (2007), esta etapa do ciclo da pesquisa se caracterizaria pela operacionalização de procedimentos para valorizar, compreender e interpretar os dados empíricos, articulando-os com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras. Para análise e interpretação dos resultados nos utilizamos da perspectiva da Análise de Conteúdo Temática.

O conceito central da Análise Temática, nos lembra Minayo (2007) é o *tema*. O tema comportaria um conjunto de relações que poderiam ser graficamente apresentados através de uma palavra, frase ou resumo. Bardin apud Minayo (2007) afirma que “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.” (2007, p. 86). Como no caso de nossa pesquisa, nos interessam, dentre outros objetivos, os sentidos das práticas em Saúde Mental realizadas por ACS, o trabalho com a Análise Temática se faria adequado por consistir na descoberta dos *núcleos de sentido* que comporiam a comunicação. A presença ou frequência de aparição dos *núcleos de sentido* seria fonte de significação para o objetivo analítico.

Seguindo as recomendações de Minayo (2007), fizemos uma leitura inicial minuciosa de todo o material coletado, de forma a possibilitar a impregnação pelo conteúdo do material. Esta leitura inicial nos possibilitou ter uma percepção global do conjunto de informações, identificar particularidades do conjunto do material, elaborar os pressupostos iniciais norteadores da análise e interpretação, definir categorias iniciais de classificação e determinar os conceitos teóricos também norteadores da análise. Durante a análise propriamente dita, distribuimos trechos das falas (e dos textos) pelas categorias iniciais de classificação aqui denominadas *temas* (Acontecimentos Originários Locais, Cuidados em Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde e Sentidos de uma Prática). Estes temas estavam diretamente relacionados com os objetivos da pesquisa. Classificadas assim as falas e os textos, promovemos um diálogo entre os diversos trechos dispostos em cada categoria, estabelecendo comparações. Desta forma pudemos, através de inferências,

identificar os *núcleos de sentido* apontados por cada um destes trechos, promovendo um diálogo destes com nossos pressupostos. Após, analisamos o conjunto composto pelos *núcleos de sentido* encontrados em todas as classes, buscando a ampliação das temáticas e novas possibilidades de reordenamento das falas sob outros eixos. Ao final do processo de análise, reagrupamos as partes das falas e textos pelas novas categorias construídas e elaboramos uma redação por cada uma, articulando os diversos sentidos dos textos com os conceitos teóricos orientadores da análise, entremeando partes dos textos como nossas conclusões, dados ou conceitos teóricos.

Elaboramos por último nossa síntese interpretativa, que permitiu a conclusão da compreensão sobre as práticas e os sentidos que compõem os objetivos do presente trabalho.

IV - INVESTIGAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UBS GERALDINA AUGUSTO BRAGA.

4.1 Condições Institucionais Gerais

Para responder ao objetivo de se lançar luz às condições institucionais que propiciaram a realização da experiência realizada por ACS da UBS Geraldina Augusto Braga, devemos, antes mesmo de nos debruçar sobre o material coletado, explicitar brevemente o contexto geral das políticas de saúde no Brasil, no Estado de Minas Gerais e no município de Betim referentes aos cuidados em Saúde Mental na Saúde da Família (Atenção Básica) em torno de 2003, ano de início das ações a serem investigadas.

O fim dos anos 1990 e o início dos anos 2000, como já exposto nos capítulos precedentes, foram marcados pela ocorrência de discussões e experiências sobre Saúde Mental na Atenção Básica a partir da estruturação das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do programa de Saúde da Família (PSF).

Quanto às experiências, apontamos como exemplo aquelas descritas no livro “Saúde Mental e Saúde da Família” (Hucitec, s.d.), apresentadas no presente trabalho.

Quanto às discussões, destacamos o processo de aproximação entre o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral de Saúde Mental, ambos do Ministério da Saúde. Os dois setores estiveram presentes (junto aos coordenadores e profissionais de alguns municípios com experiências em curso e coordenadores estaduais de Saúde Mental) na Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, em março de 2001 e na Oficina de Saúde Mental “Desafios da Integração com a Rede Básica” no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, em Julho de 2003²⁷.

A articulação entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, teve como ápice na época a publicação da Circular Conjunta 01/2003 (“O Vínculo

²⁷ Foi também realizado no período o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, fruto de parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard (abril de 2002). Não há informações sobre a participação do Departamento da Atenção Básica no evento.

e o Diálogo Necessários: Inclusão da das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”), que apresentou princípios e estratégias para esta inclusão²⁸.

Com relação ao cenário do campo da Saúde Mental na Saúde da Família (Atenção Básica) em Minas Gerais, não podemos dizer que se configurava como política na época, embora alguns poucos municípios já implementassem algumas experiências.

Quanto às discussões a respeito realizadas em Minas Gerais na época, destacamos algumas iniciativas da Escola de Saúde Pública (ESP/MG).

O Curso de Especialização em Saúde Mental (2001/2002) ofertou uma cadeira que abordava o tema em questão ministrada por Silveira²⁹, que no período defendia sua dissertação “Programa de Saúde da Família: as Práticas de Cuidados dos Problemas de Saúde Mental” (2001), pioneira no estado.

Pouco depois, em 2003, a ESP/MG ofereceu o primeiro Ciclo de Seminários de Investigação sobre Saúde Mental na Atenção Primária, voltado para profissionais dos dois campos, coordenado pelo autor do presente trabalho. Houve ainda mais dois Ciclos sobre o mesmo tema, que se estenderam até o final de 2006.

Com relação ao município de Betim, embora conceituado pela implementação de seu modelo de atenção em Saúde Mental, não há registros de outras experiências sobre cuidados em Saúde Mental na Saúde da Família (na época o município adotava o PACS como estratégia para as ações de Atenção Básica) além daquela que é objeto de nossa investigação.

Passaremos agora à exposição e análise do material coletado em pesquisa de campo e bibliográfica sobre a experiência dos cuidados em Saúde Mental realizados por ACS da UBS Geraldina Augusto Braga.

Levando-se em conta que um importante princípio da desinstitucionalização de tradição

²⁸ O texto da Circular Conjunta 01/2003 veio a ser integralmente publicado no documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004), conhecido como “Manual do CAPS”.

²⁹ Há registros na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais de que um dos técnicos de nível superior fundamentais para o desenvolvimento da experiência objeto de estudo do presente trabalho (Alexandre Bispo) foi aluno do Curso de Especialização em Saúde Mental (2001/2002), tendo Silveira como sua orientadora do trabalho de conclusão de curso.

basagliana é o de *dar voz* aos atores sociais desconsiderados pela psiquiatria clássica (usuários, familiares, não-especialistas e outros), procuraremos ao máximo no presente trabalho *dar voz* aos ACS (não-especialistas) investigados, apresentando trechos de falas que não são curtos. Como se trata de conhecer uma experiência específica sobre a qual não há elaboração teórica, a eloquência das palavras dos ACS será aqui nossa fonte prioritária de conhecimento.

4.2 Acontecimentos Originários Locais

Abordaremos neste instante, com base no material coletado, o Tema I de nosso estudo: Acontecimentos Originários Locais. Objetivamos aqui a identificação e análise dos acontecimentos que precipitaram a experiência dos cuidados em Saúde Mental realizados por ACS da UBS Geraldina Augusto Braga.

Para tal nos utilizaremos das categorias: Conflitos na Equipe, Contato com a Equipe de Saúde Mental, Demanda dos ACS e Resposta dos Técnicos.

Com a intenção de facilitar a compreensão sobre a origem das falas que aqui serão apresentadas, informamos mais uma vez³⁰ que aquelas enunciadas por qualquer dos ACS já atuantes no início da experiência serão identificadas com a indicação “ACS JA”. As enunciadas por qualquer dos ACS que ingressaram em fase posterior, serão identificadas com a indicação “ACS”. Já aquelas enunciadas por qualquer um dos técnicos de nível superior entrevistados serão identificadas com a indicação “TNS”. Com relação ao material impresso, identificaremos os enunciados através do documento “Formulário de Inscrição do I Seminário Estadual de Saúde Mental e Atenção Básica – 2006” com a indicação “Formulário” e os enunciados referentes ao texto “Quebrando Preconceitos: Relatos sobre Parceria entre Agentes Comunitários de Saúde; Equipe de Saúde Mental e Comunidade” (2006) identificaremos com a indicação “Texto”.

- Conflitos na Equipe:

Muitos fatores podem precipitar o surgimento de uma experiência em Saúde, mas no caso aqui investigado, as fontes foram unânimes em sinalizar que tudo começou a partir de problemas

³⁰ A informação foi anteriormente apresentada na sessão 3.2.2.4 do presente trabalho.

nos relacionamentos entre as os ACS da unidade conforme descrito a seguir:

“(...) Começou por causa da discussão que a gente tinha, que ela... era uma turma com vinte e um agente comunitário e sempre tinha aquela discussãozinha... uma briguinha entre um e outro. Sempre um tentando brigar com o outro.” (ACS JÁ)

“(...) Eu explico tudo [direito]. Foi assim: aqui entre nós, [agente ...], a gente tinha, assim, uma [dificuldade] grande de... de trabalhar em grupo, assim... [nós tínhamos conflito] entre nós mesmo, né? Às vezes, um não concordar com uma coisa...” (ACS JA)

“O trabalho que iremos relatar surgiu através da dificuldade que nós ACS tínhamos de trabalhar em grupo.” (Texto)

As falas acima retratam a situação de conflito pela qual passavam os ACS. Já as próximas sugerem que o conflito incluía também a relação dos ACS com sua coordenadora e até queixas quanto a questões institucionais:

“(...) Aí a gente brigava, às vezes, a nossa coordenadora... nós, a gente entre si, tinha muita discussão, né? Muito... desacordo, ninguém nunca se entendia nas reuniões, sempre aquela... um brigando um com o outro.” (ACS JA)

“(...) Olha. Nós estávamos tendo... na nossa turma aí... a nossa coordenadora estava tendo uma dificuldade com a turma. (...) Eles... A convivência deles não está dando certo, né? Brigando... todas... uma com a outra aqui. Que ninguém aceitava o que a outra queria. Aí, né? Num chegava naquele... acerto de jeito nenhum uma com outra.” (ACS JA)

“(...) os agentes estavam vivendo um momento de muita disputa entre eles: picuinha. Muita briga muita discussão em relação ao papel do ACS. Diziam que ganhavam pouco e não eram valorizados.” (TNS)

Não é objetivo do presente estudo a análise das condições de trabalho dos ACS, mas pudemos verificar que a questão salarial³¹ é citada como fonte de conflitos. Também a *desvalorização* pode ser depreendida da baixa remuneração, além da falta de reconhecimento por parte dos gestores, profissionais e da própria população. Mas o importante agora é compreender de que forma estes conflitos deram início à experiência investigada. As próximas falas relatam que foram os conflitos que aproximaram os ACS da equipe de Saúde Mental.

³¹ A Portaria MS Nº 1.234, de 19 de junho de 2008 estipulou em 581,00 o valor mensal do Incentivo Financeiro referente aos ACS do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família.

- Contato com a Equipe de Saúde Mental

As respostas a seguir indicam que por causa dos conflitos a coordenadora dos ACS na época teria solicitado ao psicólogo da unidade que realizasse *um trabalho* com o grupo. As duas próximas respostas fazem referência a este trabalho sem explicitar quais seriam seus objetivos.

“(...) E veio um psicólogo na unidade, ela marcou entrevista pra nós. Agentes, né? Aí... a Analice foi nossa coordenadora... que era nossa coordenadora da época, é... chamou o... o psicólogo Alexandre e ele começou a fazer um trabalho entre a gente.” (ACS JÁ)

“(...) Aí a nossa coordenadora, na época era Analice, achou... que a gente estava precisando... aí ela foi e chamou o Alexandre pra estar participando, pra estar conversando...” (ACS JÁ)

As três próximas respostas apresentam mais claramente como as ACS percebiam estes objetivos.

“(...) Aí a Analice achou melhor que a gente tivesse uma reunião com o psicólogo pra vê se amenizava um pouco daquela discussão.” (ACS JA)

“(...) Aí, assim que chegou nossa coordenadora Analice, aí, veio Alexandre. Veio logo em seguida, o doutor Alexandre, né? Aí ele pegou... Analice convidou ele para fazer um trabalho com nós, né? Para ensinar a gente a trabalhar sob equipe, né? Para ensinar a gente, assim, ter mais união entre os amigos, né? Entre dos colegas de trabalho. E foi assim que surgiu...” (ACS JA)

“(...) Diante disso, nossa coordenadora pediu ao psicólogo da UBS para nos atender.” (Texto)

O trecho relativo ao texto escrito pelos ACS descreve como *atendimento* o trabalho realizado pelo psicólogo com a equipe, trazendo para a relação entre Saúde Mental e ACS uma dimensão clínica. O modelo clínico tradicional é caracterizado por uma situação onde alguém *atende* e alguém é *atendido*. Esta diferença de papéis se configura em uma relação comumente assimétrica.

Há risco de que neste dispositivo se repita a lógica das Instituições da Violência de que nos fala Basaglia (1985). Estas instituições se baseariam em uma nítida divisão de papéis (divisão do trabalho) que representa a relação de violência entre poder e não poder. O autor adverte que o psicoterapeuta, dentre outros técnicos, faria a administração da violência do poder “(...) suavizando

os atritos, desfazendo as resistências, resolvendo os conflitos provocados pelas instituições – com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, só fazem permitir a perpetuação da violência global.” (1985, p.102).

Até agora nada do que foi aqui apresentado serviu de indicativo para o fato dos ACS terem assumido cuidados em Saúde Mental.

- Demanda dos ACS

“(...) foi muito bom, uma experiência muito boa que nós tivemos. A... O relacionamento entre nós melhorou cem por cento, melhorou muito mesmo, mas muito mesmo.” (ACS JA)

Apesar do reconhecimento da ACS expresso na fala anterior quanto aos efeitos do trabalho (de cunho aparentemente psicoterapêutico) iniciado por solicitação da coordenadora, as próximas falas indicam que a ação do psicólogo com os ACS foi mudando gradativamente por causa das demandas que estes passaram a endereçar ao profissional, transformando a relação assimétrica característica ao modelo clínico tradicional em uma relação de parceria: trabalho em equipe.

“(...) discutíamos (...) o difícil acesso à equipe de Saúde mental, o que dificultava muito nosso trabalho já que temos vários usuários que fazem tratamento com os psicólogos e psiquiatras da UBS.” (Texto)

“(...) Porque a gente... ele viu também que, assim, nas nossas visitas... Estava sempre aparecendo casos. Isso aí assusta a gente, né? A gente está fazendo uma visita e tal. A gente chega pra fazer uma visita, assim, de saber da pressão, pra saber se a criança foi vacinada e tal. E aí a gente foi descobrir que era além disso, né? Que era um problema social, que era... né? Que era... é... que, às vezes, a pessoa falava muito... é... Mais as mulheres... da depressão. Já chegava lá... Ai eu estou deprimida hoje e tal... Entendeu? E a gente falava muito com ele sobre a depressão. Né? Que a gente foi na casa de uma pessoa, ela está com depressão e a criança... Ah porque o cartão de vacina não está em dia? Porque a mãe também não está legal para trazer... a criança e tal. A gente foi comentando com ele (...).” (ACS JA)

“(...) Foi aí que o doutor Alexandre começou a fazer esse trabalho com a gente, aí a gente começou a fazer perguntas pra ele, né? Cada um faz uma pergunta, assim, que estava dentro... estava acontecendo com a gente e a gente não sabia, né? Que tudo... Aí foi assim... E ele foi explicando e foi tudo, até que surgiu aí esse trabalho em equipe. Começou entre nós, depois de nós a gente já começou, sabe? Trazer [o que estava] de fora pra dentro, sabe? Aí... começou a parceria.” (ACS JA)

“(...) na minha opinião, o “chute inicial” não foi de nenhum dos técnicos de

nível superior mas sim dos ACS, por suas cobranças e demandas.” (TNS)

Os ACS demandaram mais acesso à equipe de Saúde mental e mais saberes para que pudessem dar sentido e realizar melhor suas ações. A dimensão do trabalho em equipe se estabelece a partir da circulação dos saberes. Rotelli, de Leonardis & Mauri afirmam que as ações em processos de desinstitucionalização são centradas no trabalho em equipe, no trabalhar junto, na colaboração e no confronto cotidianos. “Este trabalho de equipe serve para socializar as experiências, para enfrentar juntos os problemas e para avaliar, compartilhar e corrigir as decisões que cada operador toma.” (2001, p.45).

“(...) A tônica das reuniões mudou para explicações sobre esquizofrenia, depressão... ACS traziam casos das micro-áreas, perguntavam sobre os casos e passaram a identificá-los. A gente começou a fazer capacitação deles. Com psicóloga infantil também e outros profissionais. Antes, viam os casos mas não tinham ação. Traziam os casos, discutiam sempre às sextas e levavam demanda aos psiquiatras e ao psicólogo. (...) Discussão e capacitação ao mesmo tempo.” (TNS)

A fala do técnico sobre o processo de demanda de saber dos ACS desvela elementos de oscilação da nítida divisão de papéis (divisão do trabalho) entre aqueles e os técnicos de nível superior, reprodutora da relação de violência entre poder e não poder a que faz referência Baságliã. Há ainda algo de um saber que se movimenta *daquele que sabe para aqueles que não sabem* (capacitação), mas também algo de saberes que são compartilhados (discussão). Sinais de alguma desinstitucionalização no campo das relações de trabalho.

- Resposta dos Técnicos:

Dentro da perspectiva do trabalho em equipe os ACS de nossa experiência, durante o trabalho aparentemente terapêutico do qual participaram, passaram a demandar saber e os técnicos a responder. Esta resposta dos técnicos será objeto agora da análise.

“(...)Traziam casos e tinham retorno. Trabalhamos com eles para que visitassem e trouxessem mais dados: dávamos retorno. Ficaram animados. A demanda mais séria que trazem são casos sociais (negligência, abandono, drogas, mulher espancada chorando) e a comunidade cobra, mas os de Saúde Mental estavam sendo resolvidos. Eles viram que eles eram atuantes na Saúde Mental! Passamos a pegar pesado com eles, com a capacitação. Viram filmes e começaram a fazer textos.” (TNS)

A fala acima, de um técnico de nível superior, retrata a resposta que sua categoria apresentou frente às demandas dos ACS. Os técnicos não recuaram e se empenharam em dar retorno, além de estimulá-los a trazer novas questões a partir de suas visitas domiciliares. Pela forma entusiasmada com que foi enunciada esta resposta, podemos inferir que não só os ACS ficaram animados, mas também os técnicos. O processo que culminou no “pegar pesado” na capacitação também nos permite inferir que não só os ACS viram que eram atuantes em Saúde Mental, mas também os técnicos os viram assim.

“(...) Aí ele pegou... Aí a gente foi... conversava com ele, falava com ele... Aí ele começou a explicar a gente sobre a depressão, você entendeu? Dá uma... tipo umas aulinhas pra gente. Todas as sextas-feiras, a gente encontrava com ele, ele falava... sobre... sobre... a saúde mental, né? Sobre esse negócio da inclusão social, né? Falava muito. Aí a gente foi aprendendo, ele foi... as coisas foram melhorando entre o nosso grupo também, entendeu? Aí a gente começou... e como ele estava sempre na reunião e a gente sempre passando os nossos casos. Assim, porque a gente passa os casos, né? Na reunião... Aí ele foi observando que... aí, então, ele foi explicando, né? Passando filme pra gente, a gente viu filmes. E ele foi explicando e aí foi saindo... da gente... entende?” (ACS JA)

“(...) daí para frente, ele interessou no trabalho de trabalhar com a gente. No início era só a gente, aí depois ele abriu pra gente trabalhar, né? Começar, entender as pessoas e ver o portador de sofrimento mental com outro olho, com outra visão, né? Então, até hoje, né? Nós começamos a trabalhar e começou a dar certo. E ele, teve, né? Tentando encher a nossa bola, né? Que eu acho que ele estava era enchendo a nossa bola.”(ACS JA)

Estas falas acima, de ACS, detalham mais as respostas que os técnicos de nível superior deram (sempre se referindo ao psicólogo) às suas demandas. A conversa, a resposta às perguntas, o interesse pelo trabalho dos ACS e o estímulo às suas ações (“enchendo a bola”) demonstram mais uma vez que os técnicos de nível superior decidiram sustentar a atuação dos ACS em Saúde Mental.

As falas anteriores nos apresentam também alguns efeitos deste processo, que aparentemente resultou na apropriação de conceitos e em mudanças positivas de atitude quanto ao fazer profissional.

Aqui estes dois próximos trechos sugerem que os técnicos de nível superior passaram a estimular os ACS a atuar da forma que denominamos no segundo capítulo do presente trabalho como *papel avançado*.

“(...) E isso aí, ele falou, assim, oh, eu acho que... a gente podia trabalhar... fazer esse trabalho agora na comunidade. E começamos a fazer trabalhos na comunidade.” (ACS JA)

“(...) E nós pegamos... Começamos, aí já tinha aquele caso aqui, né? Aí ele começou a passar pra gente o caso das pessoas... E foi o caso que nós apresentamos lá no Minascentro. No congresso.” (ACS JA)

Casos são agora “passados” pelo psicólogo aos ACS (invertendo a via tradicional) para que estes os acompanhem realizando trabalhos na comunidade. Estes ACS puderam apresentar suas experiências no I Congresso Mineiro de Agentes Comunitários de Saúde - I Seminário Estadual sobre Saúde Mental na Atenção Primária, que ocorreu nas instalações do Minascentro (importante centro de convenções de Belo Horizonte, MG), em 2006.

A análise dos acontecimentos originários da experiência dos cuidados em Saúde mental realizados pelos ACS da UBS Geraldina Augusto Braga, nos permite algumas inferências. Embora o momento histórico fosse favorável ao surgimento de iniciativas de inclusão da Saúde Mental na Saúde da Família, este fator parece ter funcionado secundariamente no caso. O fator principal nos parece ter sido o interesse dos ACS em conhecer mais e em atuar em Saúde Mental e o interesse e a decisão dos técnicos de nível superior de sustentar e estimular as conseqüências do interesse dos ACS; resultados, aparentemente inesperados, surgidos em um atendimento psicológico a uma equipe com problemas de relacionamento.

A determinação do acontecido não teve origem em direcionamentos da política de Saúde municipal.

Dialogando com Lancetti (2007) em seu “A Potência Terapêutica dos Agentes Comunitários de Saúde” e com Baságlio (1985), podemos supor que estes acontecimentos se originaram e desenvolveram em uma situação nova, francamente instituinte, onde tanto ACS como técnicos estavam aprendendo a trabalhar sob a dimensão desinstitucionalizante da construção e circulação de saberes, fruto de uma relativização da divisão do trabalho em Saúde Mental entre *os que sabem* e *os que não sabem*.

O próximo tema possibilitará a apresentação e a análise das ações (cuidados) em Saúde

Mental realizados neste contexto pelos ACS investigados.

4.3 Cuidados em Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde

Tivemos a oportunidade de apresentar e analisar no capítulo dois do presente trabalho diversas ações em Saúde Mental realizadas por ACS. Especificamente com relação à experiência dos ACS da UBS Geraldina Augusto Braga, algumas das falas referentes ao Tema I já indicam a ocorrência das ações. Os ACS encaminham e discutem casos com os técnicos de nível superior, acompanham casos encaminhados por estes técnicos e atuam na comunidade. Na introdução do presente trabalho, um texto elaborado pelos ACS em questão faz referência a sua atuação em uma Oficina Terapêutica na comunidade e também na oferta de uma *escuta*³² adequada e ética aos usuários, “para que de alguma forma possam amenizar seus sofrimentos”.

O Tema II de nossa pesquisa nos possibilitará investigar com detalhes quais ações estão efetivamente sendo desenvolvidas por estes ACS em Saúde Mental.

Analisaremos o Tema II através das seguintes categorias: Identificação, Encaminhamento, Acompanhamento e Discussão de Casos, Criando a Oficina Terapêutica, Ações na Oficina, Ações no Território e Casos Atendidos e Resultados.

- Identificação, Encaminhamento, Acompanhamento e Discussão de Casos:

Anteriormente, no capítulo II do presente trabalho, na parte que trata das ações em Saúde Mental por ACS, pudemos verificar ser relativamente comum o processo de identificação de casos durante as visitas domiciliares e seu encaminhamento para os técnicos de nível superior, além da supervisão ou acompanhamento (uso adequado de medicamentos e ida às consultas, por exemplo) dos casos em tratamento. São práticas que os ACS devem executar para qualquer espécie de risco à saúde, adoecimento ou agravamento. Se enquadrariam naquelas ações que no capítulo II denominamos *ações básicas*. Além dessas ações básicas, já pudemos constatar, os ACS da experiência aqui investigada, participavam ativamente do processo de discussão de casos em equipe, prática que apesar de recomendada pela política brasileira para Atenção Básica, nossa

³² Entendemos como *escuta* a ação de comunicação pautada pela suspensão de juízo que permite o estabelecimento de uma relação com o outro sem preconceitos, de acordo com o que nos fala Venturini (2005).

percepção empírica indica que não é muito utilizada, principalmente no tocante aos cuidados em Saúde Mental³³.

Poderemos observar agora a descrição da realização destas práticas na experiência investigada.

“(...) E nessa visita tem uma ficha que a gente preenche, que é o cadastro da família, que lá pergunta se tem alguém que é... se tem alguma deficiência. Aí no preenchimento dessa ficha, você já tem que saber se tem alguém deficiente, deficiente mental... Aí logo você passa o caso para... a... a equipe no dia da reunião. Aí no passar o caso, você fala o nome da pessoa e tal, aí a gente fica sabendo se a pessoa já faz o tratamento ou não. Aí se a pessoa não faz... Aí a gente vai investigar todo mundo, se essa pessoa tem um transtorno mental na família, para ver se é mesmo um transtorno mental. Através do treinamento que a gente tem. Aí a gente... através da visita, a gente vai conversando com os familiares... Vai observando a pessoa... aquela... que, às vezes, tem aquela pessoa que não sai de casa, que... diz que é preguiçosa, que... não toma banho... Então, aí a gente vai observando essas coisas e vai trazendo para a equipe. E aí discute se é ou não, com a equipe, problema de saúde mental.” (ACS)

A fala acima através de uma explicação sobre a rotina de trabalho dos ACS, enfatiza a função de identificação dos casos e o papel das discussões em equipe como instrumento desta identificação. Demonstra também alguma apropriação de sinais de sofrimentos mentais.

“(...) Agora nós temos reuniões... com os psiquiatras... Com psiquiatra, com psicólogo, né? Infantil. E os... psiquiatras... A gente discute o caso. Uma comparação: chega uma pessoa nova, a gente está notando que ele não é... que ele está com algum problema, a gente discute com o psicólogo, se a gente deve ou não encaminhar ele... Porque, ele está... comparação, ele está catando muito lixo na rua e fazendo umas coisas que não é normal. Que a gente acha que não é tão normal. Aí eles já... às vezes, eles já até agenda uma consulta com a gente, que a gente já vai lá, já fala com ele, conversa com a pessoa. Muitos vem, né?” (ACS JA)

“(...) Aí tem a reunião nossa, a gente... olha, tem um usuário, que ele está passando por isso, por isso e por isso, vocês acham que há uma necessidade? Aí ele vem aqui, passa na... na psicóloga, né? No psicólogo... Se eles acharem, ver uma necessidade de realmente estar passando por psiquiatra, de estar tomando remédio e coisa e tal, eles vão encaminhar. Até hoje é assim, você entendeu? Isso aí agora ficou uma coisa, assim, bem... firme aqui dentro. E se eles acham que não, eles estão encaminhando pra... oficina.” (ACS JA)

³³ Acreditamos que haja possibilidade de reversão deste quadro se os profissionais que compõem o novo dispositivo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) seguirem a seguinte prescrição expressa na Portaria GM Nº 154, que o criou: “discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas.” (BRASIL, 2008). Para maiores informações sobre o NASF, ver o Capítulo I do presente trabalho.

Estas falas já expressam como se dá o encaminhamento para os profissionais de nível superior dos casos identificados: sempre através da discussão em equipe. O ACS em questão afirma que o uso deste dispositivo está “*firme aqui dentro*”, ou seja, vem sendo usado desde 2003 e resistido às várias mudanças na equipe ocorridas ao longo do período. Esta fala faz também referência à *oficina*, dispositivo de atenção sobre o qual abordaremos adiante.

O papel de identificação e encaminhamento dos casos, embora usual na prática dos ACS, aqui toma uma dimensão diferenciada pelo fato de ocorrer a partir de discussão sistemática da equipe. Podemos inferir que não se trata de ACS cumprindo ordens de sua coordenação, mas de ACS participando ativamente de um processo, partilhado com os demais membros da equipe, que aparentemente comporta um razoável índice de autonomia e iniciativa.

“(...) Eu acompanho. Igual eu tenho uma... Menina, eu... eu pego lá, eu olho, eu tiro a consulta dela, estou sempre lembrando ela da consulta ela da consulta médica, apesar de que ela tem um cachorro muito grande na casa dela. [Riso] Eu chamo ela do lado de fora, ela me atende, ela gosta de mim. Quando ela me vê, de longe ela me grita. Ela me chama de Maria. Maria! E desce o morro correndo, porque ela mora num morro, numa rua. Às vezes, ela está lá no final da rua, ela me vê, ela me grita: - Vem cá que eu preciso que você olhe para mim o dia do meu médico. E ela não pode. Desde quando ela começou a fazer o acompanhamento todo dia, ela nunca mais teve a crise. Assim, igual as crises que ela tinha antes... Saia pra rua, né? Puxando a roupa, levantando a roupa das pessoas. Acabou com isso. Ela fala as coisas... Então, tem dia que ela não fala coisa com coisa, né? Então, assim... E eu não deixo ela esquecer. Eu não deixo não. Sempre que eu... que eu vejo ela... passo lá na casa dela, eu lembro ela. Chego o dia... seu médico está aí. E eu vi que desde que a gente passou a acompanhar ela mais, que ela passa a vir mais no psiquiatra, tomar o remédio dela direito, ela está ficando melhor.” (ACS JA)

Interessante também notar que nas entrevistas não houve muitas referências ao dispositivo do acompanhamento (supervisão) dos casos nos domicílios tal como o conhecemos, ou seja, a identificação de eventos capazes de trazer riscos de desestabilização de um quadro ou mesmo a identificação desta desestabilização. A fala anterior se refere sem dúvida ao processo de acompanhamento (que parece ser diário) onde um ACS zela pela manutenção da melhora da usuária ao lembrá-la de freqüentar as consultas com o psiquiatra.

Podemos inferir aqui que novamente não se trata de um desempenho burocrático do ACS no

cumprimento do dever. Ao contrário, parece haver um importante vínculo (princípio, como vimos no capítulo II, tanto da Saúde da Família quanto da Saúde Mental) entre as duas no qual a lembrança da consulta desempenha um papel central. As seguintes frases da fala da ACS reforçam nossa interpretação: “Às vezes, ela está lá no final da rua, ela me vê, ela me grita: - Vem cá que eu preciso que você olhe para mim o dia do meu médico”. Sugere que de fato a usuária *goste* da ACS em questão, sendo possivelmente correspondida por esta.

Embora a ACS aparente atribuir à melhora da usuária as consultas com o psiquiatra e o uso correto da medicação, sua fala nos remete ao que Rotelli, de Leonardis & Mauri (2001) chamam de *dimensão afetiva* na relação terapêutica, que deve ser valorizada em experiências de desinstitucionalização. Possivelmente esta relação entre ACS e usuária seja, de fato, *terapêutica*, por sua dimensão afetiva.

Seguindo a vertente da possibilidade de que ações de ACS venham assumir função terapêutica, analisaremos adiante um dispositivo desenvolvido pela equipe (ACS e Técnicos de Nível Superior) onde aqueles passaram a desempenhar este tipo de função: a Oficina Terapêutica³⁴.

Abordaremos agora os antecedentes e o processo de implementação desta oficina.

- Criando a Oficina Terapêutica

A oficina terapêutica tem um lugar bastante importante na experiência investigada, primeiramente porque foi implementada graças à ação direta dos ACS na identificação e utilização de recursos da comunidade e também porque nos dias de hoje suas atividades são, de fato, coordenadas pelos ACS, o que pôde ser constatado pelas observações participantes e conversas com os usuários presentes.

Antes de nos determos na oficina propriamente dita, faz-se necessário abordarmos de forma

³⁴ Podemos compreender Oficinas Terapêuticas como conjunto de práticas diversas (artesanalas, artísticas, socializadoras e outras) desenvolvidas nos novos serviços de Saúde Mental. “(...) trata-se do desafio de invenção de complexas redes de negociação e de oportunidades, de novas formas de sociabilidade, de acesso e exercício de direitos: lugares de diálogos e de produção de valores que confrontem os pré-conceitos de incapacidade, de invalidação e de anulação da experiência da loucura.” (MINAS GERAIS, 2006, p.72).

Optamos por adotar aqui a expressão “Oficina Terapêutica” por se tratar da denominação utilizada nos dois textos escritos pela equipe sobre a experiência.

breve um dispositivo desenvolvido anteriormente pela equipe, cuja desativação teve relação com a implementação daquela. Trata-se da “Recepção”, descrita e analisada a seguir.

“(...) A recepção iniciou como consequência do movimento dos ACS, pois viviam questionando que ninguém entrava na agenda da S Mental. Encaminhavam, mas só conseguiam para depois. Muita demanda. Então Alexandre propôs a recepção em S mental. A gente fazia isso em grupo, chamava as pessoas, quem tava querendo saúde mental. Vinham 15 ou 20 pessoas, não importava. Entrava para uma sala de reuniões com dois ACS, psicólogos, enfermeira e assistente social. Ouvíamos as demandas de todos e direcionávamos os casos. Ou para psiquiatria, ou para psicologia e o que não era demanda a gente pedia para retornar outra vez para vermos a demanda direitinho. (...) Para os ACS isto era uma capacitação da escuta. Eles faziam escuta. Depois que acabava a sessão reuniam os profissionais para discussão do que tinha sido ouvido. Era muito interessante a participação dos ACS que diziam – é, fulana chegou chorando, dizendo que não agüentava mais e no fim de semana tava lá no arrasta pé... Isso respaldava a eles e as nossas ações por que o ACS estava lá acompanhando o paciente, querendo ou não.” (TNS)

Segundo a fala acima a criação da Recepção foi mais um dos resultados das demandas e queixas dos ACS sobre os problemas comuns ao modelo ambulatorial clássico em Saúde Mental: grande dificuldade de acesso pela incapacidade de resposta a toda a demanda da comunidade. O dispositivo aparentemente consistia em um acolhimento coletivo que permitia a escuta das queixas e também a triagem dos casos realmente necessitados. A presença sistemática de ACS nestas reuniões teria possibilitado a eles uma capacitação em *escuta*.

O próximo depoimento de uma ACS comprova isto.

“(...) Trazia esse caso pro grupo, todo mundo que estava no grupo, usuário, todo mundo ouvia... o outro, né? E eu falo...eu falava sempre com o doutor Alexandre assim: o que foi mais gostoso foi... porque, às vezes, a gente não sabia... o escutar o outro. Então, foi muito gostoso mesmo, porque a gente aprendeu a escutar.” (ACS JA)

Mas a experiência da Recepção, da forma como foi concebida, levantou muitas resistências, que determinaram sua desativação, conforme constataremos pela análise crítica exposta a seguir.

“(...) A gerência da época perdeu o controle da agenda do psiquiatra. A coisa da autoridade. Poder. Para ir ao psiquiatra tinha que entrar pela recepção. A porta de entrada era a recepção. Isto: causou um reboiço. Ela acabou. Mas também o processo não foi entendido pelos profissionais da Saúde Mental de outros serviços. Muitos questionavam a questão da privacidade. Também alguns usuários e a gerência. Mas falávamos que quem tivesse alguma dificuldade para expor suas questões que nos

procurassem ao final que a escutaríamos individualmente! Também a questão do retorno foi problemática: se é um grupo de acolhimento, como é que mandamos retornar? Deu muita confusão. Sabe aquela coisa que cê tem medo de dar certo?” (TNS)

Provavelmente Baságliã classificaria estas resistências como índices das instituições da violência. A nítida divisão de trabalho entre os que têm o poder e os que não têm não pode ser questionada. Com relação ao argumento da privacidade, poderíamos nos perguntar se existem tais questionamentos por parte dos profissionais da Saúde Mental quando da aplicação de uma das diversas modalidades psicoterapêuticas grupais. Estas práticas são reconhecidas e utilizadas há várias décadas sem suscitar polêmica quanto ao sigilo. A única diferença perceptível entre as práticas grupais reconhecidas e esta utilizada na Recepção é a presença dos ACS, aqueles que não têm o poder de uma profissão *superior*.

Não é de se estranhar que Baságliã afirme que “a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro.” (1985, p.101) Diante da impossibilidade de explicitamente se excluir os ACS do dispositivo – pois a equipe sustentava sua permanência - a solução é acabar com ele. Foi o que aparentemente ocorreu.

Baságliã (1985) nos lembra que a violência e a exclusão estariam na base de todas as relações estabelecidas em nossa sociedade. Talvez isto explique um pouco *o medo de dar certo* - de que a experiência desse certo daquela forma – sobre o qual nos falou o entrevistado.

Abordaremos agora um dos desdobramentos do fim da Recepção.

“(...) Depois da recepção, que foi uma demanda dos ACS, que cobravam mais agilidade para o ingresso de novos usuários, a psiquiatria era um “fusuê”, 40, 50 na lista de espera. Péssimo. As ACS demandaram a oficina: diziam que precisava de algo para as pacientes fazerem, por que ficavam só em casa na situação de risco. Ai criamos a oficina. Um espaço dentro da comunidade- isso é primordial – na comunidade, para não ter interferência do espaço institucional... a gente sabia que ia ter...” (TNS)

Após sofrerem a violência da instituição, os protagonistas da experiência investigada desenvolveram estratégias de ação *fora* de seu espaço físico, para não ficar submetidos às interferências como as que determinaram o fim da Recepção; mesmo desconfiando que este

objetivo talvez não pudesse ser alcançado. Mas assim foi criada a Oficina Terapêutica, que, ao contrário da Recepção, ainda funciona, tendo inclusive recebido a visita de diversas autoridades dia 22 de maio último, quando da comemoração de seu sexto aniversário.

Abordaremos nas próximas falas a respeito de como os ACS percebem as razões para a implementação da oficina: as necessidades dos usuários.

“(...) Essas pessoas ficam mais dentro de casa mesmo. Às vezes, até uma pessoa que... eu tenho até uma menina que eu visito ela. Ontem eu até vi ela. Ela tem esclerose múltipla. Ela está na cadeira de rodas... Ela não sai de casa. Então, isso acaba que... ele vai ficando dentro de casa, ela vai ficando... vai ficando muito parada, né? Essas coisas, assim, [...] problema, assim, né? De depressão.” (ACS)

“(...) mas a gente começou a perceber que a maioria das pessoas estava sem o que fazer. Às vezes, era mais pelo... o marido desempregado, às vezes, mais era... o menino que estava dando problema na escola, a pré-adolescência, a convivência, né? A convivência é uma coisa super difícil. E as dificuldades do dia a dia. Aí ele foi... e a gente... é muito... as mulheres sempre falando... mais as mulheres... da depressão.” (ACS JA)

“(...) Aí dessas conversas todas, a gente descobriu o seguinte: que muita gente estava, assim, sem ter nada o que fazer em casa... Não tinha... Assim, um espaço dentro da sociedade. Ele era considerado, como se diz, louco. Ele tinha que ficar naquele canto né? Aí não, aí surgiu... o que que a gente podia fazer ajudando?” (ACS JA)

O que poderia ser feito por pessoas que sofrem, não realizando atividades, não saindo de casa, sem ter espaço na sociedade? Esta - as falas sugerem - seria a pergunta que foi respondida com a implementação da Oficina Terapêutica. Faz-se notar que as ACS conceberam este espaço para ajudar pessoas com problemas existenciais (desemprego, filhos pré-adolescentes e convivência), de depressão e também loucos³⁵.

A próxima fala detalha como a oficina foi montada.

“(...) Aí surgiu a promessa da oficina. Que cada um... o nosso objetivo, que era cada um de nós, a gente montar... montar uma oficina da sua área, só que muitas coisas, às vezes, não deu certo... Eu consegui montar uma da minha área. Que é aquela que você foi e que está lá até hoje, né? E tudo. Foi assim... Eu sou assim: Eu falo demais, né? Mas, assim, graças a Deus,

³⁵ Durante as observações participantes pudemos constatar a presença de pessoas com quadros aparentes de neurose leve e moderada (sintomas depressivos), oligofrenia, psicose (estabilizada) e psicose em franco quadro negativo de mutismo. Estavam lá também três pré-adolescentes sem qualquer traço de sofrimento mental.

eu tenho muita, amizade com as pessoas. Então, eu perguntei a minha vizinha, se... No caso, tinha uma garagem que ela não usava, se ela queria emprestar pra gente fazer. Sabe, que não era alugada, não é? Era uma coisa, assim, que a gente queria fazer uma oficina para trazer as pessoas que tinham depressão, problema mental e tudo. Se ela emprestava... Aí, ela falou que podia, que enquanto, assim, né? (...) Aí ela deixaria. Ela deixou.”
(ACS JA)

Incomodados com a ausência de respostas da instituição para uma série de necessidades da comunidade e estimuladas pelos técnicos de nível superior, os ACS se propuseram a montar uma oficina em cada uma de suas micro-áreas³⁶ sem auxílio institucional. Apenas uma delas conseguiu, pedindo emprestado, uma garagem sem uso. Mais uma vez pode-se perceber que a concepção era de um espaço que pudesse receber diversos quadros de sofrimento mental e outros.

“(...) Aí foi pedindo, né? Um pedia pincel a outro, pedia uma mesa a um, pedia uma cadeira a outro, né? E foi assim que a gente... todo... juntou todo mundo, né? E cada um deu um pouquinho da sua contribuição, que surgiu a oficina. É... igual eu sempre falo com as meninas, a oficina, assim, é oficina de cada um. Né? Cada um plantou uma sementinha lá dentro. (...) Igual as agentes comunitárias que não tem oficina na área delas, né? Elas vão pra lá ajudar. Então a oficina é de todos. Todo mundo, cada um tem um pouquinho de participação nela... Está vendo? Nós trabalhamos em equipe.” (ACS JA)

“(...) Porque nós trabalhamos com coisas doadas da comunidade. Então, eu já tenho aquela facilidade de chegar nas pessoas e pedir... as doações. Ah... Inclusive, nós temos uma loja em Betim, que é a [Selma Aviamentos], ela doa materiais pra nós como... é... renda, botões... tudo coisa, assim, de aviamentos. (...). E a gente trabalha muito com doações, é tudo voluntário ali pra nós, tudo doado. E também tem o pessoal também de lá. Como a gente trabalha com muito tecido, muita fita e... nem toda hora a gente consegue, arrumar as coisas pra gente trabalhar não. Aí eles dão a contribuição, que é de um real, dois reais... é de um a cinco reais. Cada um doa o que pode, aí a gente junta aquele dinheiro, botamos em ata e compramos o material para gente continuar trabalhando, que é material para trabalhar.” (ACS JA)

“(...) Nós temos uma professora muito eficiente, ela doa o tempo dela o tempo todo pra gente e ela que passa tudo pra gente, porque ela é professora voluntária. A Genara, era uma ACS da época, morava perto da casa dela e perguntou se ela podia, se ela tinha disponível um tempo pra nós. Ela foi... quando ela ficou sabendo disso, aí ela já... se interessou, ela não, eu gosto demais de trabalhar com isso... e ela podia ser útil, né?”
(ACS JA)

³⁶ Área geográfica de adscrição da clientela das equipes de Saúde da Família ou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Não apenas o espaço físico foi obtido através de solicitações dos ACS à comunidade, mas todo o mobiliário, o material de uso e a própria instrutora das atividades. Durante as observações participantes foi possível constatar que até hoje as coisas funcionam assim. Há estabelecimentos comerciais e pessoas que freqüentemente doam alguma coisa necessária. Outras vezes há uma cotização entre usuários e ACS (registrada em ata) para a aquisição de algo. Estes acontecimentos, embora bastante motivados pela necessidade do alcance de uma autonomia possível em relação à UBS (cuja gerência e alguns trabalhadores discordavam da experiência), poderiam nos remeter à prescrição da Declaração de Alma Ata (1978) que reconheceu o direito e o dever da população de participar na execução dos cuidados de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis.

As falas também nos possibilitaram entrever algumas das atividades que são desenvolvidas na oficina, que serão agora melhor analisadas.

- Ações na Oficina:

“(...) oficina, que é de trabalhos manuais. De tecido... De início, começou com jornal, né? Aquele trabalho feito com jornal... Cestaria. Mas aí o pessoal não gostou daquele trabalho. Suja muito! Demais da conta... Aí elas optaram pela pintura em tecido. (...) porque a gente aprende lá mesmo. Eu aprendi trabalhos manuais lindos ali dentro... eu... eu não gosto muito da pintura em tecido não. Mas eu gosto muito do tear, né? Eu gosto muito de ir lá... tricô, né?” (ACS JA)

As atividades na oficina são artesanais e bastante simples. Durante as observações participantes foi possível constatar que a pintura em pano predomina, seguida pelo tricô. Mas a ação dos ACS no dispositivo vai muito além de ensinar ou auxiliar a oficineira nas atividades, como poderemos constatar com as falas seguintes.

“(...) Nós... quando nós começamos, nós começamos mesmo a consultar pessoas que estejam com necessidade. Mental, mesmo, né? As pessoas que tinham, assim, um distúrbio. Eu tenho um... como é que chama? Tem um que é psicose. Mas ele assim, né? Ele está estabilizado. Tudo direitinho. Mas, se ele dá uma crise lá, nós temos o psicólogo na UBS. Se também não tiver, nós temos o apoio lá do... nós podemos chamar o resgate. Então, nós já fomos treinados para saber como lidar com ele. Entendeu? Então, se a gente, assim, quando ele chega, se a gente vê que ele, né? Às vezes, está um pouquinho assim, a gente deixa eles na deles. Se eles querem fazer alguma

atividade, a gente dá a eles, se eles chegarem falando eu não quero fazer nada, eles fica sentados ali sem fazer nada.” (ACS JA)

A palavra *consultar* utilizada na fala acima já nos aponta o sentido que a ACS dá ao seu fazer na oficina. Aparentemente ela se refere a um manejo dos casos, seja no tocante ao que fazer diante de um surto, seja no tocante a como estimular o ingresso e a permanência de usuários psicóticos no dispositivo.

“(...) Oh, lá na oficina faz um tiquinho de cada coisa, né? O primeiro passo é eles chegar, a gente apresentar, conversar, sabe? Igual tem uma lá que fica assim: Ah! Vou quebrar sua cara! Aí falo: oh, se você escutar isso, você não assusta não, que isso é tudo brincadeira. Aí acaba que a pessoa que conhece entra nos embalos também, né? Então, assim, a mais antiga diz... ah! você sumiu, vou partir sua cara para você aparecer mais. Aí, assim, a gente fala... oh! Porque isso aqui é assim, você não assusta não que é brincadeira. Elas são mais velhas, né? Já tem liberdade. Pessoa chega, a gente apresenta pra elas, mostra pra elas este trabalho. E fala... aqui nós fazemos isto, isto, isto. Olha, eu falo, você escolhe o que você quer fazer. Aí, eles fala assim: ah, mas eu posso fazer outro dia? Falo eu... pode. Aqui você não tem obrigação de ficar. Você fica se você quiser ficar. Então, não é complicado. O dia que você quiser vim você vem, sua vaga vai ficar aqui oh. Ou você conhece, você vê o que você quiser fazer. Aí muitos falam assim: eu não tenho paciência pra fazer isso, ah eu não sei nem pegar num pincel, eu não sei nem pegar numa agulha. Aí a gente fala aqui também ninguém sabia nada. Ou as mais velhas, que estão lá falam: não! Aqui também nós não sabia fazer nada! Outras vão falar aqui nós somos artistas! As próprias companheiras incentivam os outros. Vai levando tudo numa brincadeira e que num dia se ele for é só... como meio de descontrair, essas coisas... quando ele vê, ele está lá no meio. É tipo assim, uma mágica, sabe?” (ACS JA)

Mais uma fala que nos remete ao manejo de casos, agora, frente à irrupção de agressividade verbal. O ACS tenta tranquilizar alguém amenizando a questão dizendo que é brincadeira. O interessante são as estratégias espontaneamente desenvolvidas pelos próprios usuários neste manejo. A primeira, para lidar com a agressividade de outro usuário e a segunda para estimular aqueles que chegam e não acreditam que possam produzir algo. Através da ação do ACS e de alguns usuários o recém chegado resistente acaba por se integrar ao grupo, *como se fosse mágica*.

Segundo Venturini (2005), Baságliã teria posto a doença mental entre parênteses a fim de dar voz e fazer emergir novos sujeitos no palco da história: os pacientes, os familiares, os não especialistas. Parece-nos que a *mágica* a que se referiu o ACS seria resultado do amálgama de dois

dos novos sujeitos da história da Saúde Mental atuando na oficina: ACS (não especialistas) e usuários.

A próxima fala explicita mais como se dá e como o ACS constrói sentidos para seu manejo dos casos na oficina.

“(...) As pessoas que chegam lá a primeira vez. Elas chegam lá com uma visão, chega lá e vê outra, aí elas vão falar: assim, não, né? É isso que eu quero. Igual, a gente tinha lá uma, que ela só chorava... Mas chorava, chorava... eu brincava muito com ela até um dia... ela estava chorando até que eu cheguei perto dela e falei assim: você não sabe de uma coisa, eu comprei um barco. Ela falou comigo um barco pra que? Eu falei assim, eu vou remar, remar, remar todas essas lágrimas suas. Ela começou a rir e não chorou mais! Deve ser que ela viu que eu tinha notado que ela estava chorando, só que eu não falei nada. Agora, se eu chegar lá todo dia e falar assim com ela assim: cala a boca, pára de chorar! Fala que ela não ia chora mais? Eu falei brincando com ela, falei eu comprei um barco. Ela respondeu um barco? pra que? Vou remar pelas suas lágrimas, está chorando demais... ela começou a ri. Então, entendeu?” (ACS JA)

A *mágica* neste caso poderia ser considerada, segundo Rotelli, de Leonardis & Mauri (2001), efeito da economia terapêutica na produção de vida, de sentido e de sociabilidade. A solidariedade e a afetividade funcionariam aí como elementos centrais.

Não fica difícil compreendermos a ocorrência do manejo dos casos na oficina se levarmos em conta de que maneira os ACS compreendem seus objetivos

“(...) É objetivo da pessoa está lá para ela ver que ela é importante, você entendeu? Que ela faz parte do mundo, você entendeu? Que ela pode fazer as coisas, que ela pode conversar com outras pessoas, que ela lá dentro ela vai ter outras pessoas que ela vai ver que tem os mesmos problemas que os delas ou talvez até pior. Você entendeu? Que lá tem gente na oficina... que participa da oficina, que realmente toma remédio pesado. E que consegue estar lá, né?” (ACS JA)

“(...) Seu objetivo é reafirmar a capacidade de tomada de decisões e iniciativas do portador de sofrimento mental, buscando o entrosamento no grupo e dar aos usuários o direito a liberdade para suas escolhas. Também oferecemos uma escuta adequada e ética a essas pessoas, para que de alguma forma possamos amenizar os seus sofrimentos.” (Formulário)

Possibilitar ressignificações positivas quanto à identidade pessoal, estimular autonomia, promover socialização e amenizar sofrimentos. Seriam estes os objetivos da oficina expressos pelos ACS pesquisados que explicariam as iniciativas de manejo dos casos tal como apresentado. A

autonomia (auto-determinação) é um dos princípios expressos pela Declaração de Alma Ata (com relação a Atenção Primária), um dos princípios do SUS³⁷ e um importante princípio da Reforma Psiquiátrica brasileira, onde se apresenta em oposição à tutela que historicamente pautou as relações da sociedade e suas instituições para com os loucos. Este e os demais objetivos aqui expostos se adequariam às práticas de cuidados previstas em experiências de desinstitucionalização. Rotelli, de Leonardis & Mauri (2001) nos ensinam que “(...) depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” (...)” (2001, p. 33).

Baseando-nos na análise das ações realizadas na Oficina Terapêutica podemos concluir que se trata de práticas de cuidados que se enquadrariam no paradigma da desinstitucionalização. Comporiam o *papel avançado* que pode ser desempenhado por ACS em Saúde Mental, de acordo com o expresso no Capítulo II do presente trabalho.

Verificaremos agora se poderemos afirmar o mesmo quanto às práticas dos ACS realizadas fora da oficina, no território onde as pessoas vivem e trabalham.

- Ações no Território:

“(...) todos santo dia, nós vamos nas casa, né? Do usuário. Fazer visita. De criança de zero a cinco anos, visitar os hipertensos, diabéticos e nessas visitas, descobrimos outras coisas. Aí, tem vez que a gente chega e só olha. A gente escuta, né? Observa... (...) Depois chego na casa falo assim: oh, eu vi isso, isso assim, alguma coisa que desperte interesse neles, né? A gente não vai chegar e jogar fumaça não, que até assusta eles! Mas assim sempre na conversa, sempre toca uma brechinha para entrar naquele assunto. Se gente for falar, a gente tem um... uma... A gente não fala oficina de saúde mental, fala apenas só oficina. Entendeu? Essa oficina, a gente faz é isso, isso e isso. Então, vai servir também a que é saúde mental, que ajuda gente. Entendeu?” (ACS JA)

“(...) Com relação a saúde mental não. Nós sempre observamos a casa e já trazemos. A gente também conversa. A gente conversa, escuta... Escuta bastante, porque, assim, tem casos que a pessoa chega pra você chorando mesmo.” (ACS)

³⁷ LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Art. 7º, III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Escuta, observação e conversa. Nestas falas podemos perceber um elemento de identificação dos casos. A primeira sugere também a ocorrência de um manejo com o objetivo de estabelecer vínculo que estimule o usuário em questão para participar da oficina.

“(...) Sem só chegar lá e perguntar... Ah é? Me dá seu cartão? E tal, porque a gente tem que fazer dez visitas, a gente quer correr, né? E tal. E a gente deixa passar despercebida. Agora, a pessoa queria só ou... que a gente ouvisse ela. Talvez, ela nem precisava, não era nem de uma cesta, nem de um médico, nem... não, ela queria chorar com alguém, entendeu? Conversar com alguém. Eu acho muito gostoso. (...) às vezes, você ter um tempo para ouvir o outro, às vezes, é melhor do que qualquer outra coisa, né? Porque você consegue perceber, descobrir na pessoa... Nem descobrir o que ela precisa, porque acho que isso vai ser até... Né? Às vezes, chega a ser impossível, porque a gente precisa de tanta coisa, né? No dia a dia. Mas só de... tentar entender, assim, o que ela está passando naquele momento, né? De estar... conseguindo direcionar ela e fazer ela entender que não é assim também, que o mundo não vai acabar... nisso, né? Descobrimos também que, às vezes, a gente chegava... a pessoa morreu hoje e a pessoa chorava, chorava, chorava... e a gente falava... fulano de tal está com depressão e a gente aprendeu a descobrir que... a dor... aquela dor da morte ela tem um tempo, né? E que... e muitas coisas... é muito gostoso, muita coisa mesmo.” (ACS JA)

Esta fala já nos traz uma concepção mais avançada sobre a possibilidade da escuta dos ACS reduzir sofrimento, independente da intenção de identificação de caso. Demonstra o quanto esta possibilidade confere sentido à prática desta ACS. Parece sustentar que a escuta e o acolhimento do sofrimento poderiam trazer sua redução, mesmo que, no caso citado, seu portador não recebesse uma cesta básica ou tivesse acesso ao médico. A ACS quer saber e a partir deste saber quer intervir para reduzir e suportar (dar suporte a) uma dor que é inevitável.

As ações no território aparentemente comporiam, assim como as ações na oficina, o *papel avançado* que pode ser desempenhado por ACS em Saúde Mental.

Tentando lançar luz sobre os cuidados em Saúde Mental efetivamente prestados por ACS na experiência pesquisada, já abordamos a identificação, encaminhamento, acompanhamento e discussão de casos; a criação da Oficina Terapêutica, as ações na Oficina e algumas ações no Território. Acreditamos que poderemos compreender mais a dimensão destas ações analisando dois casos de usuários descritos no material coletado.

- Casos Atendidos e Resultados

O primeiro caso a ser abordado, foi citado nas entrevistas por três ACS e por um Técnico de Nível Superior. Pareceu-nos que provocou forte impressão na equipe, talvez pelo destino que teve.

Apresentamos agora a referência ao caso feita por um Técnico de Nível Superior.

“(...) Tem uma senhora que não saía de casa por causa da esquizofrenia. A que queria tirar os ossos dos filhos. A família adorava que ela ficasse quietinha lá... em casa. Na oficina ela pintava e os ACS observavam: olha ela não consegue nem segurar a caneta. Vai ter que rever a medicação(...)” (TNS)

O entrevistado menciona o caso rapidamente para exemplificar a autonomia dos ACS na identificação de um efeito colateral de medicamento e na sugestão para sua redução. Não detalha a ação do ACS com relação à condução.

Um ACS faz também breve referência ao caso, através da fala a seguir.

“(...) Tem um outro que acho que já foi falado, que também é um caso grave, de uma senhora que queria trocar os ossos dos filhos e tal. Ela também não aceitava do agente de saúde e... pra trazê-la até a unidade... pra entrar na casa dela teve que tentar com a outra agente saúde que trazia lá no posto. Então, essa agente de saúde é que conseguiu trazer. Hoje em dia ela aceita as duas agentes de saúde, mas, assim... Esse é um caso que ela ficou bem, teve bem e tudo, participava da oficina. Só que agora, a gente não sabe porque, ela deu uma recaída de novo. Depois de muitos anos de tudo bem, agora ela tornou é... ficar muito transtornada.” (ACS)

Podemos concluir pelas duas falas anteriores que se trata de um caso grave, onde as primeiras tentativas de aproximação por uma ACS não teriam dado certo. Foi necessária a intervenção de outra ACS, que obteve sucesso, ao ponto da usuária chegar a freqüentar a oficina. Mas, após anos de estabilização, ocorreu uma forte recaída.

“(...) nós fomos fazer uma visita e era bem aonde ela tinha dois filhos portadores de esclerose múltipla e ela cuidava desses meninos sozinha e acho que foi muito pesado pra ela. E ela... não me aceitava. Não aceitava a minha ida na casa dela de jeito nenhum. (...) talvez se introduzisse outra ACS, ela aceitasse melhor e aconteceu isso. Aí ela foi e atendeu a outra menina. (...) Aí depois começaram a trazer ela para a oficina e nessas idas dela para a oficina, ela foi melhorando aos pouquinhos, porque ela passou a conviver com pessoas fora da casa dela. E ela teve uma melhora muito grande. Aí, numa festa de fim de ano que nós fizemos na oficina, aí eu comecei a conversar com ela. Aí ela já: - ah, você é a Edna que ia lá em casa antes, né? Falou isso... Ah eu gosto muito de você. Aí ela já começou a me aceitar. E a outra ACS parou de acompanhá-la e aí começou eu acompanhando ela. E nessa idas e vindas tem mais de uns cinco anos,

assim. Ah... Eu acho que tem... Deixa eu ver, mais... uns sete anos, talvez. Aí nós trazíamos ela na... na oficina toda quarta-feira, que é o horário nosso, o dia nosso, nas quartas de duas até as quatro e meia, até as cinco horas.(...) Deu um efeito que parecia que ela estava normal... Ela já era normal pra nós. Ela... Você tinha que ver o carinho que ela tinha, ela andava comigo, abraçava na rua, segurando, assim, meu braço, falava oh Edna, eu gosto tanto de você... eu gosto tanto de você. Hoje ela já não conhece mais ninguém...” (ACS JA)

A fala acima embora também não detalhe as ações de nenhuma das duas ACS no caso, sugere que houve um grande investimento por parte delas no sentido de possibilitar à usuária um contato social na oficina. Durante *sete*³⁸ anos as ACS a acompanharam de casa à oficina e da oficina à casa.

Ao longo dessas caminhadas, pela descrição apresentada, teria circulado a *dimensão afetiva* da relação terapêutica da qual nos falam Rotelli, de Leonardis & Mauri a partir do forte vínculo que se estabeleceu entre ACS e usuária. Os resultados desta relação terapêutica se fizeram presentes.

A enunciação “*Ela já era normal pra nós*” expressa pela fala da ACS nos sugere um posicionamento desta em paridade com a usuária “(...) numa dimensão em que a doença, como categoria dada, seja colocada entre parênteses.” (BASAGLIA, 2005, p.86)

Podemos imaginar a decepção da equipe por esta recaída após tantos anos de investimento

O próximo caso que será aqui analisado, foi descrito no texto “Quebrando Preconceitos: Relatos sobre Parceria entre Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde Mental e Comunidade”, já referenciado neste capítulo.

Trata-se de Jonas (nome fictício), um rapaz de 18 anos (na época). A ACS que se responsabilizou pelo caso descreve que a mãe do rapaz, em uma visita, se queixou que ele estaria com depressão. “Esperei que dona C. me contasse para tentar ajudá-la, apesar de saber que ele não estava deprimido como sua mãe dizia.” (2006, p.14). A ACS explica que após o processo de discussões de caso aprendeu que o rapaz apresentava outra forma de comprometimento mental diversa da depressão. A mãe relatou que havia pedido auxílio à uma psicóloga, mas que esta não se dispunha a atender na casa deles, porque o rapaz havia cinco anos que não chegava nem no portão.

³⁸ Em verdade a Oficina Terapêutica tem seis anos.

A mãe, respondendo às perguntas da ACS, justificou este comportamento (mesmo em casa o rapaz pouco conversa) com uma suposta agressão a qual o menino teria sofrido de colegas na rua e com um *trabalho* de macumba que haviam feito contra ela. A ACS angustiada leva o caso para a discussão em equipe e se decide que ela deveria visitá-lo semanalmente para tentar uma aproximação. Ao primeiro contato o rapaz teria dito “não” e retornado ao quarto onde passava todo o tempo. A ACS ficou sabendo que o rapaz era receptivo com uma moça que limpava a casa diante da dele e que sempre lhe acenava. Na reunião de equipe foi orientada para tentar se aproximar entrando junto com esta moça na casa. Deu certo. Assim teve início o contato. O rapaz estava com o cabelo bem grande e com as unhas sujas. Após um tempo de acompanhamento semanal pela ACS o rapaz veio freqüentar consultas com psicólogo e melhorou.

“Hoje Jonas conversa com suas irmãs, fez várias amizades, voltou a brincar na rua, cortou o cabelo e passou freqüentemente a tomar banho. Começou a participar de lugares públicos como: supermercados, bares e também o Posto de Saúde. Ele foi à casa da avó que não via há mais de cinco anos. Jonas fica a maior parte do dia na rua, quando ele me vê não corre mais como fazia antes.” (2006, p.18).

Um técnico de nível superior que investigamos nos traz uma visão mais interessante sobre a participação do ACS no caso.

“(...) Tivemos um caso que deu pano para manga de um paciente que não saia de casa. Demorou dois anos, Esquizofrênico. A ACS falou que não saia de casa, que falava coisas esquisitas e de sua aparência estranha (cabelão, falta de higiene, etc.). Aí a ACS conseguiu fazer vínculo com ele e com a família e um dia ele saiu de casa e foi na UBS. Assim passou a ser tratado na Saúde Mental. Até para equipe foi difícil de entender: como é que a gente deixa um paciente desse ficar dois anos sem sair de casa. Psiquiatra ficou espantado, mas vocês ficaram dois anos com este paciente. Sim, ué! Tava acompanhando! Ia pegar ele amarrar e dar remédio? Tanto que ele foi e esta mais ou menos, de vez em quando desestabiliza. Mas é interessante. Pelo esforço do ACS.” (TNS)

A fala acima indica que Jonas teria ficado dois anos sem sair de casa, apenas recebendo as visitas semanais da ACS, até que finalmente teria comparecido à UBS para tratamento com a equipe de Saúde Mental. A ACS teria sustentado esta relação por dois anos. O trecho a seguir esclarece melhor a questão.

“(...) Deu certo! Pelo paciente ser acompanhado pelos ACS, tava indo lá

vendo o que tava acontecendo naquela família tava fazendo intervenção, sem chegar até a UBS, lá na oficina mesmo e este paciente até entrava no serviço, mas não ia para o SERSAM. Seguramos muita coisa lá. E depois agente ter dado uma resposta para a demanda deste paciente... Deu certo porque foi um verdadeiro trabalho dos ACS que aconteceu. Por exemplo, eles chegarem na comunidade e conversarem sobre o paciente: não, mas ele é assim mesmo, é um caso de saúde mental, fazer a comunidade entender também que fulano era doidinho. A gente bancar, por exemplo, o caso citado... Outra pessoa teria amarrado ele e levado ao SERSAM. Nós não. Acompanhamos ele em casa até o dia em que se sentiu seguro para sair. ACS ia lá semanalmente conversar com ele. Se discutia o caso no grupo. Para uma nova idéia, mandávamos o ACS lá de novo. A família evangélica dizia que aquele era o jeito dele, não precisava mudar. Que é isto? Desde os 13 anos... Ele tava na escola... e nunca mais saiu de casa. Fomos trabalhando a família até que conseguiram levá-lo no posto. Ele sem medicação nem nada, só com a ACS indo lá. Acho que isto é dar certo!” (TNS)

Embora esta fala não detalhe as ações da ACS no caso de Jonas, o fato dela ter sustentado uma relação com um rapaz nestas condições, sem medicação ou qualquer outra abordagem terapêutica convencional, até que ele decidisse dois anos depois passar a freqüentar a unidade já nos diz muito. Diz muito da coragem e da determinação de toda a equipe para sustentar um caso por tanto tempo através de cuidados prestados por um profissional *leigo* como protagonista na ação.

Conforme afirmou o entrevistado, não haveria como falar que o rapaz não estava sendo cuidado, diante dos esforços da ACS em suas visitas semanais e do acompanhamento sistemático da equipe ao longo das discussões de caso.

Mesmo após este período de dois anos a equipe de Saúde Mental na Atenção Básica teria, através de seus dispositivos, dentre eles as ações dos ACS, sustentado o caso sem que houvesse a necessidade de um encaminhamento ao SERSAM (nome de fantasia dos CAPS para adultos do município), unidade especializada configurada para acolher os casos severos e persistentes.

Concordamos que haja razões para que o entrevistado considere estes fatos como índices de sucesso da experiência, a despeito do medo do *dar certo* citado por ele próprio anteriormente.

A análise dos cuidados em Saúde Mental realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde da UBS Geraldina Augusto Braga nos permite supor que se trata de uma experiência incomum que se desenvolveu através de idéias e práticas desinstitucionalizantes. A flagrante relativização

hierárquica da subdivisão das funções entre *os que têm* poder/saber e *os que não têm* de que nos fala Baságlio (1985), que possibilitou aos ACS se posicionar na instituição Saúde como protagonistas de uma série de ações de cunho terapêutico e mesmo cidadão, é um indicativo importante daquela suposição. Seu empenho pela construção de vínculos (através da *dimensão afetiva* da relação terapêutica) que possibilitassem o exercício de cuidados que aparentemente transformaram os modos de viver e sentir os sofrimentos dos usuários, como nos falam Rotelli, de Leonardis e Mauri (2001), é outro sinal também importante.

Para subsidiar mais nossa compreensão a respeito da experiência, analisaremos agora nosso Tema III: os sentidos construídos pelos ACS com respeito à sua prática de cuidados em Saúde Mental.

4.4 Sentidos de uma Prática

Partindo da premissa de que sentido é uma construção social, coletiva e interativa, por meio do qual as pessoas constroem os termos que lhes permitirão compreender e lidar com as situações e os fenômenos em suas volta, apresentada por Spink & Medrado (2004), investigaremos agora, através de nosso Tema III, de que forma os ACS da experiência aqui pesquisada compreendem a prática de cuidados em Saúde Mental que têm executado e suas repercussões.

Ao longo da análise de todas as falas dos ACS neste trabalho já apresentadas, pudemos nos deparar com diversos dos sentidos que eles atribuem à sua prática e aos acontecimentos que as possibilitaram.

Para aprofundarmos nossa compreensão sobre estes sentidos, analisaremos trechos de fala onde os sentidos atribuídos pelos ACS são elementos centrais. Com este objetivo nos utilizaremos de duas categorias: Sentidos Referidos aos ACS em Geral e Sentidos Referidos aos Próprios Entrevistados.

- Sentidos Referidos aos ACS em Geral

Trataremos aqui da análise dos sentidos expressos por falas onde os sujeitos do enunciado são os ACS em geral, em contraposição às falas onde são os ACS entrevistados são os próprios

sujeitos do enunciado, categoria a ser posteriormente abordada.

“(...) Se não trabalhasse, pelo menos os ACS deveriam saber o que que é uma saúde mental. Eu acho que eles deveriam de ter... a oportunidade que nós tivemos aqui dentro, de trabalhar com saúde mental. Pra eles poder entender... é... saber escutar mais o usuário, saber mais escutar as pessoas. - Porque... tem muitos que não sabem. Nós tivemos um curso da Escola de Saúde, em Belo Horizonte, pudemos ter contato com outras agentes comunitárias e o... perfil é totalmente diferente... Tem pessoas que precisavam... Eu achava que deveriam... Seria bom até mesmo até mesmo na visita, até mesmo pra visita seria bom... Seria bom.” (ACS JA)

A fala anterior enfatiza a necessidade de que outros ACS tivessem também a oportunidade de atuar em Saúde Mental, sugerindo que a prática da escuta que desenvolveram os diferenciaria daqueles ACS, como puderam constatar no contato durante o curso na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

“(...) Porque a gente está ali todo dia vendo os problemas, a gente mora na comunidade, a gente também vive os problemas, né? E aí a gente vê as pessoas. Que são os vizinhos vivendo aquilo. E aí a gente não enxerga duma forma que... pelo menos eu não enxergo de uma forma que as outras pessoas enxergam. Eu acho que todos ACS tinham que fazer. Não tem como você trabalhar sem... Ser agente de saúde e não estar inteirado com saúde mental. Não tem como, hoje em dia não... hoje não tem de mais isso. Você entendeu? Não tem possibilidade, porque tudo que... que... que envolve, tudo, a comunidade, tem um pouco... precisa disso, gente. O desemprego, drogas, a prostituição... tudo leva isso... leva a pensar que a pessoa ou... ou... ou está louca ou está com depressão ou está... né? Está com problema mental, você entende? E não é que não pira também não, que certamente, mesmo, com certeza, dá um problema, a pessoa pira mesmo, ué, o cabeçaço, entendeu?” (ACS JA)

Esta fala fez referência ao modo diferenciado de se enxergar a realidade que a experiência com Saúde Mental traria aos ACS. A entrevistada afirma que é impossível um ACS atuar sem estar inteirado sobre as questões da Saúde Mental, já que grande parte dos problemas que a comunidade (e eles próprios) sofre, estaria intimamente ligada à estas questões. O problema aqui é o risco de a dimensão psicopatológica vir a ser considerada como causa dos problemas elencados, ofuscando assim sua dimensão social.

“(...) A minha opinião é que eu acho que todos ACS deveriam passar por isso. Passar pelo... comparação, igual o que nós tivemos, tipo um treinamento (...). Tanto que quando teve o congresso lá nós levamos, apresentamos, nós fomos muito bem. Nós ganhamos o prêmio, né? (...) Então, eu acho, assim, que tipo que deveria. Todo mundo, aonde tem saúde

mental... (...) Eu acho que todos deveriam, pelo menos tentar. Porque não é todo mundo, né? Não é todo agente que tem... o perfil para trabalhar com doença mental, apesar aqui de ser todo mundo perfis, umas não deram certo. Tanto que abandonaram, saíram, não quiseram ficar. Porque não é todo mundo que gosta de trabalhar com pessoas. É uma experiência nova. Para quem gosta de estar sempre buscando uma experiência nova, é uma experiência nova e é boa. Nessa hora você aprende a conviver com diferença. Igual, você vê... diz que de médico e de louco, todo mundo tem um pouco, né? [Riso] E certo que tem mais de loucos do que de médicos. [Riso].” (ACS JA)

Esta entrevistada enfatizou também a necessidade de que outros ACS tivessem a oportunidade de atuar em Saúde Mental, embora reconheça que nem todos teriam perfil para tal. Faz referência à novidade da experiência que promoveria mudanças no sentido de tolerância às diferenças, as quais, no final, não seriam tão grandes assim: “*de médico e de louco, todo mundo tem um pouco*”.

(...) Eu acho que é um ganho muito grande como pessoa, né? Porque a gente tem medo, tem receio... Acha que é doido, tem que ficar isolado. O que é doido, né? Tem que ficar escondido, Para não ferir, nem machucar ninguém. E não é bem assim, né? Eles também são seres humanos e... é uma coisa que pode acontecer com qualquer um de nós. Eu estou aqui conversando com você, posso ter um surto, pifar aqui de vez e, então, por isso você vai se afastar de mim, né? Eu acho que pro agente de saúde, como pessoa, é... é um ganho muito grande. Ah ele (ACS) cresce, ele pára de viver num mundinho só porque tem que ser aquilo, porque é daquele jeito, é... ele começa a ver as coisas, a vida de uma outra forma. Acho que isso contribuiu muito (...).” (ACS)

Esta fala enfatizou - como todas as demais – as mudanças que ocorreriam com um ACS após o contato com os saberes e as práticas em Saúde Mental. No caso aqui, a relativização das diferenças entre loucos e não loucos e a ampliação da visão de mundo.

Por todas as convenções institucionais que esta experiência parece ter desafiado, não é de se admirar que a entrevistada questione a naturalização e o determinismo dos fatos, expressando que as coisas não devem ser o que são “*só porque tem que ser aquilo, porque é daquele jeito*”.

A dialetização entre loucos e não loucos enunciadas através das últimas falas encontram eco na compreensão de Baságli sobre como deve se tornar uma instituição que se pretenda terapêutica. Deveria se basear em uma interação pré-reflexiva de todos os seus membros, na qual o usuário não fosse o último degrau de uma hierarquia baseada em valores estabelecidos pelo mais forte. Uma

instituição “na qual todos os membros da comunidade possam, mediante a contestação recíproca e a dialetização das recíprocas posições, reconstruir o próprio corpo e o próprio papel.” (2005, p.89).

Passaremos agora a última categoria deste trabalho.

- Sentidos Referidos aos Próprios Entrevistados

Tendo analisado os sentidos quanto aos cuidados em Saúde Mental referidos aos ACS em geral, passemos aqui à análise da categoria correspondente aqueles referidos aos próprios entrevistados.

“(...) É gratificante. É muito gratificante. Ah... Pra nós... pra mim... Eu não posso falar pelos outros, eu falo por mim... Pra mim é muito gratificante eu ver uma pessoa alegre, eu ver que aquela pessoa não está naquela... naquele cantinho dele isolado, sabe? Eu fiquei muito triste com essa usuária minha que teve essa recaída, sabe? Eu fiquei muito triste. Eu... ultimamente, eu nem sei como que pode agir com ela... porque hoje o quadro dela está muito, muito... deprimente mesmo. (...) Nó! É muito constrangedor, é muito triste! A última vez que cheguei na casa dela, ela estava andando pra lá e pra cá, pra lá e pra cá, olhando... fazendo um círculo, assim na varanda. Dava vontade, assim, de chorar, de ver ela daquele jeito.” (ACS JA)

Esta última fala, se referindo a um dos dois casos aqui anteriormente apresentados, expressa com clareza a satisfação que a ACS sente ao perceber que seu trabalho contribuiu para atenuar o sofrimento de quem estava isolado (talvez excluído) e a desolação e impotência frente à irrupção de uma crise que acarretou em sério agravamento do quadro. Tal desolação seria aqui índice da intensidade do vínculo construído na dimensão afetiva do cuidado, de que nos falam Rotelli, de Leonardis & Mauri (2001).

“(...) Então, ajuda muito. A nós e a eles. A gente também, assim, está vendo... que, às vezes, a gente também tem problema, né? Então, assim, nós vai observando o problema dos outros e a gente vai ver, que, às vezes, o nosso problema é tão pequeno perto do deles, né? Mas... Ajuda demais. Você está... conhecendo as pessoas mesmo, né? Assim, vendo cada... sofrimento de cada uma ali. Tem muitas, né? Que consegue sair daquilo. Você aprende mesmo vendo como é que a pessoa consegue fazer isso. Então, assim, você já... tem um exemplo ali. Não, eu consigo sair disso. Né? Às vezes, conseguiu sair disso com nossa ajuda... Então, assim, é muito precioso pra gente.” (ACS)

Agora o trecho da entrevista fez referência aos ganhos pessoais que as práticas em Saúde Mental trariam para a ACS. Conhecendo problemas graves dos usuários, pode relativizar os seus

próprios e percebendo a melhora que alcançam consegue crer que os seus podem melhorar também.

Percebe-se ainda responsável pelas melhoras dos usuários, pelas quais parece se surpreender.

“(...) Eu gosto... muito. Eu gosto mais, vou te falar pra você a verdade, nas minhas visitas eu gosto mais de conversar... Você está entendendo? De estar ouvindo. Nem é tanto conversar, porque, às vezes, a gente fala muito e não presta a atenção no que o outro quer dizer pra gente. Você entendeu? De está ouvindo, de parar. Você entendeu? (...) Tentando, assim, não é entender também o porque. Você entendeu? Às vezes, quando tem uma reclamação até mesmo... sobre a minha pessoa, como agente. Eu falo pô! A gente quer apedrejar o usuário, né? Onde eu estou falhando também? Prestar a atenção naquela fala dele que o que ele falou também tem razão, né? Tem motivos. Entendeu? Eu, assim, pra mim... eu aprendi muito a trabalhar como agente depois que a gente teve esse trabalho junto com a saúde mental. Você entendeu? Muito. Enfim. Para meu trabalho como um todo. Foi assim... Foi não, é!... Importante, né?” (ACS JA)

A entrevistada que proferiu esta última fala, expressou sua satisfação em poder parar para ouvir os usuários sem se preocupar em entender os *porques*. Sua fala nos remete à observação de Venturini (2005) que afirma que Báságliã teria posto a doença mental entre parênteses a fim de dar voz, *sem interpretar*, aos novos sujeitos da história, como os usuários. Argumentou também que a prática da escuta teria inclusive ampliado sua auto-crítica ao conseguir ouvir até mesmo às críticas dos outros à ela, o que facilitaria seu trabalho.

“(...) Oh! Eu tenho vontade... eu até falei com as meninas lá em casa outro dia, que eu tenho vontade de sair... da oficina. Tem nove anos que eu não tiro férias. Todo mundo que vai lá, entra e vê que eu não saio da oficina. Eu tenho que ficar na oficina. Aí o pessoal: se você for... as meninas vão falar: a oficina sem ela não é oficina. É porque que eu chego, eu brinco, eu cação. O dia que eu estou com raiva, eu falo assim: hoje eu estou com raiva, não quero papo não! Assim, elas ficam olhando, sabe? Então, assim, já tem aquele vínculo com isso, né? E às vezes, eu penso, ah... mas se eu sair... eles não vêm. Por isso que eu acho importante cada um... né? Cada uma de nós. A importância que nós temos na vida deles... sabe? É como se eles... fossem... parte da família da gente. Eu acho que se cada um da sociedade tivesse, assim, condições e pudesse... ceder um cantinho para que cada um dos agente comunitário fizesse uma oficina, eu acho que ia ajudar bastante, viu? Eu penso que... muitos que tem aí problema que acha que é grave. Às vezes, eles são fácil de resolver, sabe? Com um pouco de carinho, um pouquinho de amor, né? Um pouquinho de compreensão. Sabe? Mostrar pra eles que tem um mundo enorme lá fora, que... sabe? Se eles não podem sair nele todo, então vai na metade... eu acho que ia ajudar bastante.” (ACS JA)

A fala anterior expressa a relação que a ACS estabeleceu com seu trabalho, repleta de

sentidos. Percebe seu vínculo com os usuários como tão intenso que chega a temer que com seu afastamento eles parem de freqüentar a oficina. Aponta também a importância que o trabalho de todos ACS teria para a vida deles, trazendo aqui inequivocamente a dimensão afetiva como elo de união: são como uma família.

Reforçando a importância que percebe na existência da oficina, sugere que se cada ACS montasse a sua (era este o projeto original da equipe), muitos usuários seriam ajudados.

Aborda o sofrimento mental como algo que muitas vezes seria superestimado, mas que na verdade estaria permeável aos elementos afetivos: carinho, compreensão e amor.

Repleta de sentidos também a frase sobre os usuários graves ensimesmados ou excluídos do mundo enorme lá fora: *Se eles não podem sair nele todo, então vai na metade.*

Certamente pelas mãos de ACS.

Pudemos constatar que os sentidos atribuídos pelos ACS às suas práticas em Saúde Mental são fortemente atravessados pela dimensão afetiva. Assim como as práticas propriamente ditas.

Lancetti (2007), se utilizando de um conceito desenvolvido por Peter Pál Pelbart e Rogério da Costa (org)³⁹, chama os ACS de *trabalhadores afetivos*, ressaltando sua capacidade de incidir em processos de produção de subjetividade. Em outro momento, o autor propõe que sejam *amigos terapêuticos*, ressaltando o potencial da amizade enquanto instrumento terapêutico, que atuaria, segundo os analistas institucionais, como *enxertos de transferência*.

Já que o ACS é um profissional estruturalmente paradoxal por, apesar de configurar como agente de uma instituição sanitária, ser também membro da comunidade, podemos inferir que a ênfase nos elementos afetivos tenha relação com o discurso comunitário do tipo senso-comum do qual provavelmente partilham. Provavelmente se originam em parte daí. Mas devemos nos recordar que estes ACS participaram de freqüentes discussões de caso e capacitações com a equipe de Saúde mental e incorporaram diversos conceitos da Reforma Psiquiátrica. Fizemos diversas citações ao longo deste capítulo do presente trabalho, onde vários autores do campo da desinstitucionalização

³⁹ “O Trabalho Afetivo” (HARDT, 1998). In “O Reencantamento do Concreto”. Hucitec. São Paulo, 2003.

(Baságliã, de Leonardis, Mauri, Rotelli e Venturini) afirmam que a afetividade, a solidariedade, e a emoção, por exemplo, são elementos centrais nos mecanismos de produção de vida, de sentido e de sociabilidade nas instituições que se pretendem terapêuticas. Baságliã nos lembra ainda: “mas é só a emoção que eu experimento diante do doente que me impele a agir em sua direção.” (2005, p.68)

Podemos pensar que a prática dos cuidados em Saúde Mental da experiência aqui investigada, seria um novo modo de organização de “(...) um método de tratamento que não precise, necessariamente, institucionalizar-se em regras e numa ordem codificada” (BASÁGLIA, 2005, p.58), descoberto através da sua própria experiência.

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos concluir ao longo do presente trabalho que inclusão das práticas em Saúde Mental na Saúde da Família, dispositivo prioritário de organização da Atenção Básica hoje no Brasil, fazem parte das políticas públicas para os dois campos e que diversas dessas experiências vem sendo implementadas, particularmente após o advento do dispositivo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que pela primeira vez financia o matriciamento realizado por profissionais ou equipes de Saúde Mental, dispositivo fundamental para a inclusão das práticas aqui abordadas na Saúde da Família.

Concluimos também que iniciativas desta mesma inclusão já ocorrem há algumas décadas em diversos países, e que no Brasil, após o advento da Saúde da Família, em meados dos anos 1990, elas tomaram uma conformação em plena consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Constatamos ainda que a idéia da utilização de *agentes leigos* na realização de ações de Saúde se manifestou no Brasil nos anos 1940, mas que tomou a configuração atual em 1991, através da instauração do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, resultado de um processo que se iniciou no nordeste do país nos anos 1980.

Pudemos verificar que são poucas as experiências de ACS prestando cuidados em Saúde Mental, mas que estas têm alcançado resultados bastante significativos e também significativas resistências, por seu caráter de flexibilização da hierarquia entre *os que sabem* e *os que não sabem*.

Concluimos que as políticas de Saúde para a Saúde Mental, para a Saúde da Família, para a inserção de cuidados relativos à primeira no campo da segunda, os conhecimentos acumulados por décadas de experiências desta inserção e as poucas - mas importantes - experiências de cuidados em Saúde Mental realizados por ACS, se apresentam como fundamentos histórico/institucionais, no campo da Saúde, que possibilitam a realização de práticas como as aqui investigadas.

Descobrimos que conflitos interpessoais no corpo de ACS da UBS Geraldina Augusto Braga e entre este e sua coordenadora, levaram à realização de encontros de cunho terapêutico entre

aqueles agentes e a equipe de Saúde Mental e que nestes encontros os ACS passaram a questionar o modelo ambulatorial clássico de atenção à Saúde Mental (então adotado pela unidade de saúde) e a perguntar a respeito dos fenômenos no campo do sofrimento mental ocorridos com usuários em suas micro-áreas.

Descobrimos também que do questionamento dos ACS surgiu um novo modelo de atenção onde as importantes decisões eram tomadas coletivamente em reuniões sistemáticas com a presença deles e da equipe de Saúde Mental. Um modelo onde os ACS ocupavam uma posição de protagonistas no acompanhamento e responsabilização de casos - muitas vezes severos e persistentes.

Concluímos finalmente que estes acontecimentos originários propiciaram a realização das práticas aqui investigadas.

Com relação à quais práticas em Saúde Mental estavam/estão efetivamente sendo executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga, descobrimos que se basearam em conhecimentos adquiridos e construídos em um processo de educação permanente em Saúde Mental através de reuniões de equipe semanais e na prática da *escuta* de usuários, que puderam exercer, de maneira supervisionada, durante o período em que durou o dispositivo de acolhimento “Recepção”, também gerado no processo.

Descobrimos que o dispositivo “Recepção”, que executava ações de triagem, realizado coletivamente e com a participação de dois ACS, levantou grande resistência da gerência, porque os casos só eram encaminhados ao psiquiatra através do dispositivo (o que a excluía) e também de outros profissionais da Saúde Mental do município, que reclamavam da “falta de sigilo”. Isto, provavelmente pela presença dos ACS, já que o encontro de Recepção era realizado em sala fechada e que os usuários eram informados que caso não quisessem expor suas questões em público, poderiam conversar individualmente com algum dos técnicos.

Soubemos que o dispositivo foi extinto por estas razões, mas que na falta dele as ACS demandaram alguma alternativa e foram estimuladas a montar Oficinas Terapêuticas com recursos

da comunidade e que apenas uma foi implementada, ocupando um lugar fundamental para os cuidados dos ACS em Saúde Mental.

Descobrimos que os ACS realizam ações de identificação de casos e de encaminhamento para as reuniões de discussão de casos onde eles e os técnicos de nível superior discutem e definem as estratégias a serem adotadas. Também que acompanham diversos casos – muitos encaminhados a eles por técnicos de nível superior – seja na oficina, seja nas residências, seja nos caminhos entre residência e serviço, norteados por princípios da Reforma Psiquiátrica, utilizando o dispositivo *escuta* e a *dimensão afetiva* na relação terapêutica, de que nos falamos Rotelli, de Leonardis & Mauri (2001).

Compreendemos que as ações desenvolvidas pelos ACS e pela equipe de Saúde mental que sustentava seu trabalho, estão de acordo com as prescrições das Declarações de Alma Ata e com os princípios da desinstitucionalização da tradição basagliana e que são, embora não explicitem, anti-manicomiais, por sua compreensão e empenho para atender todos os casos na comunidade.

Teriam um caráter original e arrojado e foram premiadas como uma das experiências de cuidados de Saúde Mental na Atenção Primária que mais alcançou êxitos no Estado de Minas Gerais em 2006.

Finalmente descobrimos que a ampliação dos horizontes, o desenvolvimento da capacidade de aceitar as diferenças, o desenvolvimento da capacidade de escutar o outro mesmo em situações de conflito, a possibilidade de reflexões frente ao sofrimento do outro e sua superação, a percepção da importância de seu papel na melhora dos usuários e a vinculação afetiva com os mesmos seriam parte importante do universo de sentidos que os ACS atribuem à sua prática em Saúde mental.

Conseguimos obter respostas para todas as questões expressas através dos objetivos do presente trabalho.

Como nossa principal intenção era investigar a experiência das práticas em Saúde Mental executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga, devemos também citar os destinos desta iniciativa.

Sabemos que a experiência extinta da Recepção foi alvo de muita resistência. Mas a resistência ao trabalho dos ACS, tal como o corrido, nunca acabou. Como já dissemos anteriormente, Lancetti (2007) nos lembra que mesmo técnicos de nível superior progressistas não admitem que os ACS, profissionais “sem qualificação”, realizem este trabalho. Mais uma vez lembrando Baságlia (2005), a força da divisão de trabalho entre *os que sabem* e *os que não sabem* é imensa e o apego ao poder que ela confere também. Para aqueles que dela dependem, o sucesso das ações dos ACS em Saúde Mental por nós constatado, representam um risco, de perda de poder.

Por isto, cremos, experiências como estas se sustentariam através do desejo e da disposição para enfrentamentos, tanto dos ACS como de técnicos de nível superior aliados, que detém mais poder/saber. Todavia, através da análise do material pesquisado no presente trabalho, podemos concluir que a transformação destas iniciativas em Políticas de Saúde se faria fundamental para a disseminação e a manutenção das mesmas por longo prazo.

Pelo que pudemos constatar em trechos das entrevistas não utilizados em nossas análises, o ímpeto e o entusiasmo por aquele momento instituinte na aurora da experiência se arrefeceram ao longo do tempo.

Segundo fomos informados, já em 2006, ano da premiação aqui já referenciada, a experiência estava em declínio, por causa das resistências. Com a premiação, houve uma retomada no fôlego da equipe. Foram reconhecidos no nível estadual, reconhecidos por Antônio Lancetti, (participou entusiasmado da apresentação que os ACS realizaram nas instalações do “Minascentro”, em Belo Horizonte), convidados a se apresentar em outros municípios, mas nunca tiveram reconhecimento e mesmo espaço para apresentação em seu próprio município.

De fato, a informação que obtivemos é que o trabalho realizado era deliberadamente ocultado pela equipe envolvida, para não despertar mais resistências. Segundo uma entrevistada: *estratégia de sobrevivência*.

Ao longo do processo de entrevistas e de visitas para observação participante ocorrido no primeiro semestre de 2009, soubemos que a oficina, pela primeira vez, *fechara para férias* no final

de 2008. Uma das hipóteses levantadas era a de que poucos usuários estavam freqüentando. Constatamos em nossas visitas uma presença média de sete pessoas. O espaço não comportaria muito mais. Nos perguntamos se a razão seria mesmo esta.

O fato é que houve grandes mudanças no quadro dos profissionais envolvidos com a experiência. Dos 16 ACS que assinaram o texto “Quebrando Preconceitos: Relatos sobre Parceria entre Agentes Comunitários de Saúde; Equipe de Saúde Mental e Comunidade” (2006) apenas sete continuam atuando na UBS. A enfermeira coordenadora e o psicólogo, atores fundamentais no processo, também saíram. Estas mudanças parecem ter abalado a sustentabilidade - sempre crítica - da experiência.

Obtivemos também a informação de que após um período conturbado, principalmente por causa da rotatividade dos profissionais, quando as reuniões para discussão de casos praticamente se extinguíram, essas teriam sido agora retomadas, embora não mais com freqüência semanal. Por outro lado, contariam agora, além da presença da psicóloga, também com a participação de um psiquiatra. Esta categoria profissional não esteve presente às reuniões semanais no início da experiência.

Na data de 22 de maio de 2009, participamos das comemorações do sexto aniversário da Oficina Terapêutica. Muitos técnicos estavam presentes, algumas autoridades municipais e poucos usuários. Houve festa e discursos. Talvez mais uma retomada de fôlego, resultado da alternância na política municipal e, possivelmente, do movimento provocado por nossa pesquisa.

Ao longo de nosso percurso profissional, presenciamos diversas iniciativas originais em cuidados em Saúde Mental que se extinguíram com o passar do tempo. A experiência aqui investigada, apesar das resistências e dos demais problemas que resultaram em oscilações na motivação dos profissionais e na intensidade e freqüência das práticas, tem funcionado há mais de seis anos. Pudemos constatar que o ímpeto dos profissionais envolvidos tem sido fundamental para sua manutenção, mas acreditamos que sem a assunção formal da experiência e sua expressão em diretrizes pela Política de Saúde Mental local, muito difícil seria sua sustentação por longo prazo.

Ficamos satisfeitos com o fato de poder registrar estas iniciativas, suas conquistas e seus sentidos através do presente trabalho.

Esperamos que possam servir de exemplo para outras iniciativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte: v. 1, n. 1, p. 1-16, 2002.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia – A Luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-186.

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, 168 p. Dissertação (mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2004.

BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde no Universo do Transtorno Mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. v. 14, n. 1, p. 222-232, 2009.

BASAGLIA, F. A Destruição do Hospital Psiquiátrico como lugar de Institucionalização. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

BASAGLIA, F. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, F. (org). **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-134.

BASAGLIA, F. Carta de Nova York. O Doente Artificial. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 151-160.

BASAGLIA, F. Loucura/Delírio In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 259-298.

BETIM, MG. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. BISPO, A. S.; SOUZA, A. L.; NACIF, D. N. C.; AZEVEDO, M. R.; 16 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Quebrando Preconceitos: Relatos sobre Parceria entre Agentes Comunitários de Saúde; Equipe de Saúde Mental e Comunidade**. 20 p. Betim: 2006.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que Integram a Formação e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma Revisão da Literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2006.

BRASIL. **Banco de Teses CAPES**. Disponível em <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/Teses.do> Acessado em 10/06/2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, III**. Anais. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Documentação, 1963.

BRASIL. **Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976**. Brasília: 1976.

BRASIL. **Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999**. Brasília: 1999.

BRASIL. **Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975**. Brasília: 1975.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Circular Conjunta 01/2003. **O Vínculo e o Diálogo Necessários**. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar Sim, Excluir Não**. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**: Relatório Final da Oficina de Trabalho. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 32/BSB, de 22 de janeiro de 1974**. Brasília: 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006**. Anexo. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1886, de 18 de dezembro de 1997**. Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004.

CABRAL, B.; LUCENA, M.; OLIVEIRA, M.; GOUVEIA, M.; FREITAS, P.; PEREIRA, S.; CÂMARA S. Estação Comunidade. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 137-154.

CASÉ, V. Saúde Mental e sua Interface com o Programa de Saúde da Família: Quatro Anos de Experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 121-136.

CAMPOS, A. P. **Os Encontros entre os Agentes Comunitários de Saúde e as Famílias dos Portadores de Transtorno Mental**: Dispositivos para a Desinstitucionalização da Loucura? Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2007, 125 p. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação, Belo Horizonte: 2007.

CRUZ, M. L. S. Realidades Escondidas. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p.59-80.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira:

Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo: v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**. Natal: v.3, n.1, p. 53-81, 1998.

FONSECA, K. F. B. S. **Saúde Mental: A Percepção do Grupo de Agentes Comunitários de Saúde**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006, 172 p. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: 2006.

FRANCO, L.; LANCETTI, A. Quatro Observações Sobre as Parcerias. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 103-108.

FREITAS, J. Diretrizes Programáticas em Saúde Mental. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, VI**, Brasília: 1977. Anais. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Documentação, 1977. p. 219-230.

FURLAN P. G. **Intervenção “Paidéia” com Agentes Comunitários de Saúde: Estratégia de Educação Permanente e Apoio Institucional no Contexto das Políticas Públicas**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006, 12 p. Artigo (especialização), Especialização em Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde, Campinas: 2006.

GIORDANO JR., S. **A Persistência da Higiene e a Doença Mental: Contribuições à História das Políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1989, 203 p. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina. São Paulo: 1989.

GOMES, A. R. **A Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao Portador de Transtorno Mental** no Município de Marcoce. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 39 p. Monografia (especialização). Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral: 2006.

GONÇALVES, P. L. A Unidade de Referência e a Equipe Volante. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 109-116.

HARDT, M. O Trabalho Afetivo (1998). In PELBART, P. P.; COSTA, R. (org) **O Reencantamento do Concreto**. Hucitec/ Educ, São Paulo: 2003. p.143-157.

LANCETTI, A. A Potência Terapêutica dos Agentes Comunitários de Saúde. In: LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. SaúdeLoucura; 20. Série Políticas do Desejo; 1. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 87-96.

LANCETTI, A. Radicalizar a Desinstitucionalização. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental, III**, Brasília: 2001. Anais. Ministério da Saúde/Centro de Documentação, 2001. p. 96-100.

LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. Saúde Loucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 11-52.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial** e outros Escritos. SaúdeLoucura; 13. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, A. M.; DRUMMOND JUNIOR. M. A.; VERONA, H. C.; SOUZA, M. E. Capacitação em Saúde Mental para Profissionais do Programa de Saúde da Família: Uma Experiência em Curso. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 6. n. 1, p.35-51, 2006.

MATTOS, S. A. F. Entre a Loucura e a Liberdade: a Experiência de uma Agente Comunitária de Saúde. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura; 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 53 a 58.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Sócio-Econômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde** em Municípios Paraibanos. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2005, 119 p. Dissertação (mestrado), Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa: 2005.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Experiência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga**, em Betim – MG. Ficha de Inscrição. Prêmio José César de Moraes. Belo Horizonte: Coordenação de Saúde Mental/Centro de Documentação, 2006.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental (Linha-Guia)**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte: 2006.

MINAYO, M.C. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1992.

MINAYO, C. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. Saúde Mental na Atenção Básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 31, n. 1, p. 19-24, 2007.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde**. Texto para Discussão; 735. Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA. Rio de Janeiro: 2000.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; CALENTI, B. C. P Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: Confluências e Dissonâncias das Práticas com os Princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Percepção de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 95-101, 2003.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY. S. (org). **Saúde e Democracia – A Luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

PAULIN, L. F. & TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.2. p. 241-258, 2004.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral, Ceará. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 167-198.

PEREIRA, W. A. B. Um Psiquiatra, um Projeto, uma Comunidade. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 95-102.

PEREIRA, A.L. Uma Corrente sem Quebra. In: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Mental. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o Cotidiano de uma Utopia**. Belo Horizonte: 2008. p. 67-68.

PINTO, J.C.S.G. **A Abordagem aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica**, 2002. Trabalho apresentado na I Oficina de Capacitação de Supervisores em Saúde Mental para o Programa de Saúde da Família. Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro. Itaipava: 2002.

ROCHA, S. M.; DAVID, R. F. F. Um Louco Lúcido. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 85-92.

RODRIGUES, M.S.M. O Homem do Saco e os Novos Mentaleiros. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 81-84.

ROTELI F.; AMARANTE, P. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e Metodológicos**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.

ROTELI F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra Via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (org), **Desinstitucionalização**. SaúdeLoucura (TEXTOS) 1. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-60.

SANTA CRUZ, M. L. Realidades Escondidas. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 59-80.

SEIXAS, J C. Interiorização dos Serviços de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, VI**, Brasília, 1977. Anais. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Documentação, 1977. p. 139-156.

SILVA, J. A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001, 231 p. Tese (doutorado), Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, São Paulo: 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. O Agente Comunitário de Saúde e suas Atribuições: os Desafios para os Processos de Formação de Recursos Humanos em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n10, p.75-96, 2002.

SILVA, M. C. F.; ROCHA, M. J. L.; PEREIRA, C. A.; ESTEVES, A. P.; MIRANDA, C; DORNAS, T. T.; OLIVEIRA, G. M.; SILVA, M. S. Saúde Mental e Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2ed. São Paulo: Hucitec, s.d. p. 155-166.

SILVA, M. V. O. 20 Anos de Luta por uma Sociedade sem Manicômios. **Jornal do Federal**, Conselho Federal de Psicologia. Brasília, p. 5, n.88. dezembro, 2007.

SILVEIRA, A. R. **Programa de Saúde da Família: as Práticas de Cuidados dos Problemas de**

Saúde Mental. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2001, 107 p. Dissertação (mestrado). Escola de Medicina, Belo Horizonte, 2001.

SILVEIRA, A. R.; STRALEN, C. J.; CAMPOS, F. E. Os Cuidados Primários em Saúde Mental: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte; v. 2/3, n. 1, p. 41-51, 2003.

SOUSA, G.C. **O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental**: Percepções e Ações na Atenção às Pessoas em Sofrimento Mental. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007, 106 p. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de Sentidos no Cotidiano: uma Abordagem Teórico-Metodológica para Análise das Práticas Discursivas. In: SPINK, M. J. (org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**: Aproximações Teóricas e Metodológicas. 3ed. São Paulo: Cortez, 2004. p 41-62.

VENTURINI, E. Prefácio. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 17-22.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf Acessado em 10/06/2009.

ANEXO I

Roteiro para entrevistas com Agentes Comunitários de Saúde

1. Há quanto tempo você atua como Agente Comunitário(a) de Saúde?
2. Como foi que você ingressou na profissão?
3. Relate como foi que os ACS desta unidade de saúde passaram a trabalhar com estes usuários.
4. Fale sobre estes usuários:
Quem são? O que ocorre com eles para que procurem o serviço?
5. Quais ações os ACS desta unidade realizam com estes usuários?
6. Você percebe que as ações em Saúde Mental executadas por ACS em sua unidade produzem melhoras nos usuários? Caso sim, quais?
7. Destas ações, quais você acha que são mais importantes para estes usuários?
8. Qual a sua opinião sobre o fato de ACS estarem realizando ações em Saúde Mental?

ANEXO II

Roteiro para entrevistas com Técnicos de Nível Superior

- Descreva os acontecimentos que possibilitaram o envolvimento de ACS na realização das ações em Saúde Mental contempladas com o Prêmio José César de Moraes.
- Descreva estas ações e sua relação com as mesmas.

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR -

Você está sendo convidado (a) para participar, da pesquisa de mestrado de Marcelo Arinos Drummond Junior, que tem como tema AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES DE SAÚDE MENTAL: INVESTIGANDO A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GERALDINA AUGUSTA BRAGA, BETIM - MG. Você foi selecionado(a) por estar atuando desde antes de 31 de março de 2006 nas equipes cujas ações no campo da Saúde Mental receberam o prêmio José César de Moraes.

O objetivo dessa pesquisa é a compreensão a respeito das práticas em Saúde Mental realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldina Augusta Braga, bem como o significado destas práticas para aqueles que as realizam (ACS) e para aqueles que delas se beneficiam (usuários).

Os benefícios relacionados com sua participação visam à contribuição no levantamento da história oral sobre a experiência em questão, prestando serviço à comunidade científica e aos profissionais da Saúde através da socialização de seu produto.

Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento, ou até mesmo modificar posteriormente qualquer palavra que foi citada. Seu nome será resguardado em sigilo caso alguma fala na entrevista seja utilizada na dissertação. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você receberá uma cópia desse termo onde consta telefone e endereço do pesquisador, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Marcelo Arinos Drummond Junior

(pesquisador e mestrando em Psicologia Social pela UFMG)

e-mail: marceloarinos@yahoo.com.br Tel: (31)3295-5367

Rua Mario de Andrade Gomes, 148 – Horto Cel: (31)9612-3766

Belo Horizonte - MG

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios de minha participação. Dentro dos referidos termos acrescento o consentimento de minha participação como entrevistado(a) neste processo de pesquisa.

(participante)

E-mail ou tel. para contato:

Belo Horizonte, / /2008.

FAFICH - UFMG
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

À Diretoria Operacional de Saúde de Betim - MG, solicito autorização para pesquisa na Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusta Braga da rede pública do município, mediante consentimento por parte do gerente do serviço escolhido, bem como de sua equipe.

O projeto de pesquisa tem como título: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES DE SAÚDE MENTAL: INVESTIGANDO A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GERALDINA AUGUSTA BRAGA, BETIM - MG.

O objetivo dessa pesquisa é a compreensão a respeito das práticas em Saúde Mental realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na referida Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como o significado destas práticas para aqueles que as realizam (ACS) e para aqueles que delas se beneficiam (usuários).

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Marcelo Arinos Drummond Junior
(pesquisador e mestrando em Psicologia Social pela UFMG)
e-mail: marceloarinos@yahoo.com.br - Tel: (31)3295-5367
Rua Mario de Andrade Gomes, 148 – Horto - Cel: (31)9612-3766
Belo Horizonte - MG

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(Diretora Operacional de Saúde de Betim - MG)

ANEXO IV

Belo Horizonte, 19 /03 / 2009

Ilma Sra

Joelma Damaceno de Santana
Gerente da Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusta Braga
Betim - MG

Prezada Senhora,

Eu, MARCELO ARINOS DRUMMOND JUNIOR, aluno matriculado no Programa de Pós-Graduação (Mestrado em Psicologia) da FAFICH-UFMG, área de concentração Psicologia Social, venho por meio desta, me apresentar.

Meu projeto de pesquisa tem como título: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES DE SAÚDE MENTAL: INVESTIGANDO A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GERALDINA AUGUSTA BRAGA, BETIM - MG.

O objetivo dessa pesquisa é a compreensão a respeito das práticas em Saúde Mental realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na referida Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como o significado destas práticas para aqueles que as realizam (ACS) e para aqueles que delas se beneficiam (usuários).

Para a consecução do trabalho, será necessária a realização de pesquisa de campo na referida unidade de saúde, composta por observação participante e pela realização de entrevistas semi-estruturadas.

Informo que o referido projeto já foi entregue à Diretoria Operacional de Saúde do município.

Dúvidas sobre o projeto poderão ser sanadas a qualquer momento pelo pesquisador:

Endereço: Rua Maria de Andrade Gomes, 148 – Horto, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31)3295-5367, Celular: (31)9612-3766

e-mail: marceloarinos@yahoo.com.br

Marcelo Arinos Drummond Junior