

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BRUNA SORDI CARRARA

**Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes
Comunitários de Saúde e a redução do estigma**

RIBEIRÃO PRETO
2023

BRUNA SORDI CARRARA

Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de
Saúde e a redução do estigma

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla Aparecida Arena
Ventura

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Carrara, Bruna Sordi

Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de Saúde e a redução do estigma. Ribeirão Preto, 2023.

186 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla A. Arena Ventura

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Estigma. 5. Pessoas com transtorno mental.

CARRARA, Bruna Sordi

Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de Saúde e a redução do estigma

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a **todos(as)** os(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, entre os inúmeros desafios de atuação na Estratégia Saúde da Família, buscam alternativas de cuidado em saúde mental aos usuários e famílias.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, imenso e em tantos.

Aos meus pais, Lúcio e Rita, e a minha irmã Estela, por estarem ao meu lado sempre, me apoiando em minhas escolhas, sinalizando quando percebem que preciso de “pausas” e vibrando comigo nas conquistas. Sem vocês, nada seria possível. Muito obrigada por serem quem são!

À prof^ª. Dr^ª. Carla Ventura, pela confiança, carinho e respeito em todos esses anos de parceria, aprendizado e oportunidades! Foram tantos desafios nesse processo, e sempre me senti segura com sua presença, disponibilidade e incentivo. Muito obrigada mesmo por tudo e por tanto.

A Raquel, Bia, Patrícia e Emanuele, pelas trocas acadêmicas e pelos momentos de bate-papo e risada.

Aos bolsistas do “estudo randomizado”, pela colaboração na coleta de dados e transcrição das entrevistas.

Ao Marcos Sanches, pela colaboração na análise dos dados quantitativos e por todo apoio.

À Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto pelo apoio e autorização para a realização do estudo.

Aos gerentes das Unidades de Saúde da Família, pela atenção e colaboração em todas as etapas do estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que participaram do estudo, pelo interesse, sinceridade e carinho. Eu aprendi muito com vocês nesse processo.

À Universidade de São Paulo e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelas oportunidades nessa trajetória.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES), pela troca de experiências.

Aos professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), por compartilharem seus conhecimentos e experiências, enriquecendo meu processo de aprendizado e formação.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo apoio e atenção em tantos momentos.

À secretaria de Pós-Graduação, especialmente a Adriana – secretária do Programa Enfermagem Psiquiátrica -, disponível e paciente em todo o período do Doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo fomento concedido.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.



“Podemos ser flor que também machuca” (ACS 4) - Desenho feito por ACS no segundo encontro da terceira etapa do estudo.

RESUMO

CARRARA, B.S. **Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de Saúde e a redução do estigma.** 2023. 186 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2023.

Estigma com relação às pessoas com transtorno mental afeta a educação, emprego, acesso a cuidados, dificulta a capacidade de contribuição para a sociedade e funciona como barreira de acesso aos serviços de saúde, podendo afetar as chances de recuperação e reforçar atitudes e comportamentos negativos. A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como local para incitar mudanças direcionadas ao estigma com relação às pessoas com transtorno mental, pois é um contexto que busca articular os desafios da Reforma Psiquiátrica com a responsabilização dos profissionais que atuam neste nível de atenção à saúde. Dessa forma, a integração entre saúde mental e APS pode cumprir papel importante na redução do estigma. Como membros das equipes de Saúde da Família (eSF), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são trabalhadores de saúde que facilitam a relação entre os serviços e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pois pela proximidade que possuem com os usuários e famílias, desenvolvem comunicação interpessoal mais efetiva e com maior vínculo. No entanto, atitudes estigmatizantes com relação às pessoas com transtorno mental também existem entre os ACS. O objetivo do estudo foi construir, em conjunto com ACS, estratégias de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental possíveis de implementação na APS. O estudo, descritivo-transversal e com abordagem mista de coleta de dados, foi desenvolvido com ACS de seis Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Ribeirão Preto (SP), no período de 2019 a 2023, em três etapas de coletas de dados: 1) Aplicação da escala *Opening Minds Scale* para profissionais de saúde (OMS-HC); 2) Entrevistas individuais; 3) Construção de estratégias de redução de estigma. Cada etapa contou com uma amostra de ACS (1ª - 88 ACS; 2ª - 44 ACS; 3ª - 29 ACS). Na primeira etapa foi realizada análise descritiva dos dados, e na segunda e terceira etapas, análise temática de Braun e Clarke. Com a combinação de diferentes fontes de coleta de dados, foi realizada a triangulação dos dados para a análise final. O estudo identificou que os ACS têm atitudes estigmatizantes, mas não em grau elevado. A percepção dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental revelou aspectos ambivalentes, pois apesar da presença do estigma em algumas crenças e atitudes e da expectativa em maior resolubilidade dos casos, os ACS têm um olhar mais próximo das realidades e contextos de vida e se reconhecem como protagonistas do cuidado em saúde mental. As estratégias de redução de estigma elaboradas estão em conformidade com o modelo psicossocial preconizado pela Reforma Psiquiátrica, pois o foco está na busca do desenvolvimento de habilidades (por meio de cursos e capacitações) que proporcionem, não apenas aos ACS, mas às equipes de Saúde da Família (eSF), a ampliação do cuidado e, aos usuários, maior participação e integração aos serviços de saúde (por meio de atividades em grupo). Observa-se a importância de

investir em formações que privilegiem, além do reforço das tecnologias leves, movimentos de desconstrução de crenças e práticas de cuidado reprodutoras de um modelo de atenção que contribui com o processo de estigmatização das pessoas com transtorno mental. Ainda, o fortalecimento de políticas de saúde mental, como o matriciamento, é essencial para oportunizar processos de transformação nas práticas de cuidado e maior articulação entre os serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Estigma. Pessoas com transtorno mental.

ABSTRACT

CARRARA, B.S. **Mental Health and Primary Health Care: Community Health Agents and the reduction of stigma.** 2023. 186 p. Dissertation (Doctoral) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2023.

Stigma towards people with mental disorders affects education, employment, access to care, hinders their ability to contribute to society and acts as a barrier to accessing health services, which can affect the chances of recovery and reinforce negative attitudes and behaviors. Primary Health Care (PHC) presents itself as a place to stimulate changes aimed at stigma in relation to people with mental disorders, as it is a context that seeks to articulate the challenges of the Psychiatric Reform with the accountability of professionals who work at this level of healthcare. Thus, the integration between mental health and PHC can play an important role in reducing stigma. As members of the Family Health teams, the Community Health Workers (CHW) are health workers who facilitate the relationship between the services and users of the Unified Health System, and, because of the proximity they have with users and families, they develop more effective interpersonal communication and greater bonding. However, stigmatizing attitudes towards people with mental disorders also exist among CHW. The aim of the study was to build, together with the CHW, strategies to reduce stigma regarding people with mental disorders that could be implemented in PHC. This descriptive and cross-sectional study used a mixed approach to data collection, and was developed with CHW from six Family Health Units (FHU) in the city of Ribeirão Preto (SP), from 2019 to 2023, in three stages of data collection: 1) Application of the Opening Minds Scale for health professionals (OMS-HC); 2) Individual interviews; 3) Construction of stigma reduction strategies. Each stage had a sample of CHW (1st - 88 CHW; 2nd - 44 CHW; 3rd - 29 CHW). In the first stage, a descriptive analysis of the data was carried out, and in the second and third stages, we used Braun and Clarke's thematic analysis. With the combination of different sources of data collection, data triangulation was performed for the final analysis. The study identified that the CHW have stigmatizing attitudes, but not to a high degree. The perception of the CHW in relation to people with mental disorders revealed ambivalent aspects, because despite the presence of stigma in some beliefs and attitudes and the expectation of greater resolution of cases, the CHW have a closer look at the realities and contexts of life and are recognized as protagonists of mental health care. The developed stigma reduction strategies are in line with the psychosocial model advocated by the Psychiatric Reform, as the focus is on seeking to develop skills (through courses and training) that provide, not only to the CHW, but to the Health teams of the Family, the expansion of care and, for users, greater participation and integration to health services (through group activities). Results reviewed the importance of investing in training that privileges, in addition to the reinforcement of light technologies, movements to deconstruct beliefs and care practices that reproduce a care model that contributes to the process of stigmatization of people with mental disorders. Furthermore, the strengthening of mental health policies, such as matrix support, is essential to provide opportunities

for transformation processes in care practices and greater articulation between health services.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Community Health Agents. Stigma. People with mental disorder.

RESUMÉN

CARRARA, B.S. **Salud Mental y Atención Primaria de Salud: Agentes Comunitarios de Salud y reducción del estigma.** 2023. 186 p Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2023.

El estigma en relación con las personas con trastornos mentales afecta la educación, el empleo, el acceso a la atención, dificulta la capacidad de contribuir a la sociedad y actúa como una barrera para acceder a los servicios de salud, lo que puede afectar las posibilidades de recuperación y reforzar actitudes y comportamientos negativos. La salud. Por lo tanto, la integración entre la salud mental y la APS puede desempeñar un papel importante en la reducción del estigma. Como integrantes de los equipos de Salud de la Familia (eSF), los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) son trabajadores de la salud que facilitan la relación entre los servicios y los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS), por la proximidad que tienen con los usuarios y las familias, y pueden desarrollar una comunicación interpersonal más eficaz y una mayor vinculación. Sin embargo, también existen entre los ACS actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales. El objetivo del estudio fue construir, junto con los ACS, estrategias para reducir el estigma en relación a las personas con trastornos mentales que puedan ser implementadas en la APS. El estudio, descriptivo y transversal y con abordaje mixto para la recolección de datos, fue desarrollado con ACS de seis Unidades de Salud de la Familia (USF) del municipio de Ribeirão Preto (SP), de 2019 a 2023, en tres etapas de recolección de datos: 1) Aplicación de la Escala de *Opening Minds* para profesionales de la salud (OMS-HC); 2) Entrevistas individuales; 3) Construcción de estrategias de reducción del estigma. Cada etapa tuvo una muestra de ACS (1ra - 88 ACS; 2da - 44 ACS; 3ra - 29 ACS). En la primera etapa se realizó un análisis descriptivo de los datos, y en la segunda y tercera etapas, el análisis temático de Braun y Clarke. Con la combinación de diferentes fuentes de recolección de datos, se realizó la triangulación de datos para el análisis final. El estudio identificó que los ACS tienen actitudes estigmatizantes, pero no en un alto grado. La percepción de los ACS en relación a las personas con trastorno mental reveló aspectos ambivalentes, pues a pesar de la presencia de estigma en algunas creencias y actitudes y la expectativa de mayor resolución de los casos, los ACS tienen una mirada más cercana a las realidades y contextos de vida y reconocer como protagonistas de la atención en salud mental. Las estrategias de reducción del estigma desarrolladas están en línea con el modelo psicosocial propugnado por la Reforma Psiquiátrica, pues el foco está en buscar desarrollar competencias (a través de cursos y capacitaciones) que brinden, no solo a los ACS, sino a los equipos de Salud de la Familia (eSF), la ampliación de la atención y, para los usuarios, una mayor participación e integración a los servicios de salud (a través de actividades grupales). Se observa la importancia de invertir en capacitaciones que privilegien, además del refuerzo de tecnologías livianas, movimientos de

deconstrucción de creencias y prácticas de cuidado que reproduzcan un modelo de cuidado que contribuya al proceso de estigmatización de las personas con trastorno mental. Además, el fortalecimiento de las políticas de salud mental, como el apoyo matricial, es fundamental para brindar oportunidades a los procesos de transformación de las prácticas de atención y una mayor articulación entre los servicios de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Estrategia de Salud de la Familia. Trabajadores Comunitarios de Salud. Estigma. Personas con trastorno mental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Processo de análise dos dados da terceira etapa do estudo...	49
Figura 2	Construção da categoria 1.....	68
Figura 3	Construção da categoria 2.....	84
Figura 4	Síntese da relação entre Agentes Comunitários de Saúde e pessoas com transtorno mental.....	149

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características das Unidades de Saúde da Família participantes.....	41
Quadro 2	Diferenciação das Unidades de Saúde da Família participantes.....	46
Quadro 3	Metodologia da problematização adaptada para o desenvolvimento da etapa de construção de estratégias para lidar com o estigma.....	47
Quadro 4	Síntese do método do estudo.....	50
Quadro 5	Categorias e subcategorias temáticas.....	58
Quadro 6	Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 1	93
Quadro 7	Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 1.....	96
Quadro 8	Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 2	104
Quadro 9	Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 2.....	106
Quadro 10	Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 3	116
Quadro 11	Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 3.....	118
Quadro 12	Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 4	129
Quadro 13	Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 4.....	131
Quadro 14	Características principais das quatro Unidades de Saúde da Família.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde participantes.....	52
Tabela 2	Resultados de acordo com idade, tempo de atuação profissional, tempo de atuação na ocupação e tempo de atuação na USF.....	53
Tabela 3	Respostas dos Agentes Comunitários de Saúde em cada item da escala OMS-HC.....	54
Tabela 4	Resultado geral da escala OMS-HC.....	56
Tabela 5	Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Ribeirão Preto, 2021.....	57
Tabela 6	Caracterização dos participantes.....	86
Tabela 7	Resultados de acordo com idade e tempo de atuação profissional na USF.....	86

LISTA DE SIGLAS

ASHA	<i>Accredited Social Health Activists</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Esf	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família (ESF)
OMS-HC	Escala <i>Opening Minds</i> para profissionais de saúde
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
<i>MhGAP-IG</i>	<i>World Health Organization Mental Health Gap Action Programme- Intervention Guide</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	22
1.1	Transtornos mentais como prioridade para a saúde global.....	23
1.2	Estigma e as pessoas com transtorno mental	24
1.3	Estigma entre profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental.....	25
1.4	Atenção Primária à Saúde (APS) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS).....	29
1.5	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e o estigma..	32
1.6	O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado em saúde mental..	34
2.	OBJETIVOS.....	37
2.1	Objetivo Geral	38
2.2	Objetivos Específicos.....	38
3.	MATERIAL E MÉTODO.....	39
3.1	Desenho do estudo.....	40
3.2	Local do estudo.....	40
3.3	Etapas do estudo.....	41
3.3.1	Primeira etapa: Aplicação da Escala <i>Opening Minds</i> para profissionais de saúde (OMS-HC).....	42
3.3.2	Segunda etapa: Entrevistas individuais.....	43
3.3.3	Terceira etapa: Construção de estratégias para lidar com o estigma	45
4.	RESULTADOS.....	51
4.1	Primeira etapa: Aplicação da escala OMS-HC.....	52
4.2	Segunda etapa: Entrevistas individuais.....	56
4.3	Terceira etapa: Construção de estratégias para lidar com o estigma	85
5.	DISCUSSÃO.....	135
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
	REFERÊNCIAS.....	154
	APÊNDICES.....	171
	ANEXOS.....	184

APRESENTAÇÃO

O estigma no contexto da saúde mental me acompanha desde muito cedo, e talvez de forma inconsciente, mas foi durante minha graduação em Psicologia que escolhi enxergá-lo por outros pontos de vista. As oportunidades que tive durante a graduação de realizar Iniciações Científicas me aproximaram, tímida e indiretamente, desse fenômeno complexo que é o estigma. Também tive, antes de ingressar no Mestrado com a Prof^a. Carla, a experiência de trabalhar em uma Instituição de Longa Permanência para idosos, onde mais uma vez me deparei com o estigma, em diferentes níveis e situações. Nesse período, em 2014/2015, prof^a. Carla me apresentou a ideia de um projeto desenvolvido originalmente no Canadá, em parceria com o *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH), sobre uma intervenção anti-estigma voltada para profissionais de saúde de Atenção Primária com relação às pessoas com transtorno mental. Este projeto é um estudo randomizado que buscou avaliar a eficácia da intervenção anti-estigma e está, também, sendo desenvolvido em outros países, como Chile, Peru e, no Brasil, sob a coordenação da prof^a. Carla.

Assim, em 2016 eu tive a chance de tentar compreender um pouco mais sobre o estigma com relação às pessoas com transtorno mental, ingressando no Mestrado, com um projeto metodologicamente desafiador, de validação de uma das escalas utilizadas no projeto do Canadá, a *Opening Minds Scale for health care providers* (OMS-HC). Em 2017, construímos o projeto "*Exploring Stigma, Discrimination and Recovery-Based Perspectives toward Mental Illness and Substance Use Problems among Primary Healthcare Providers in Ribeirão Preto, Brazil: A Randomized Controlled Trial*", aprovado com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria com a *Global Alliance for Chronic Diseases* (GACD). E desde então, todo o processo deste projeto me traz um aprendizado que não consigo calcular!

Em relação ao meu projeto de Mestrado, conseguimos concluir até 2018 a adaptação cultural da OMS-HC. Em 2019. Ingressei no Doutorado com projeto de validação da OMS-HC, mas, com a consciência de ser um método muito específico e puramente estatístico, reconheci minhas limitações, e também os meus desejos, e com o apoio da prof^a. Carla, decidimos concluir a validação em paralelo, construindo um novo projeto de Doutorado.

Nesse contexto, é inevitável não dizer que trabalhar com a prof^a. Carla, na minha perspectiva, é encarar quem somos, até onde podemos ir (ou até onde

achamos que podemos ir) e olhar para os desafios como oportunidades. Digo isso porque me faz pensar no quanto somos responsáveis por nossas escolhas, e ao mesmo tempo, no quanto podemos (re)construir alguns caminhos, principalmente quando estabelecemos vínculo e confiança com um “outro”. Em outras palavras: como a parceria é importante! E acreditando nisso, apresento algumas motivações para o desenvolvimento deste projeto.

Quando realizei a coleta de dados para a adaptação cultural em Unidades de Saúde da Família, conheci mais de perto os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Mas foi em 2019 e 2020, na coleta para a validação e para os dados gerais do estudo randomizado, que eu desconfieei do potencial dos ACS. Na coleta de dados, os ACS diziam, em conversa informal após a aplicação dos instrumentos que envolviam a temática do estigma com relação às pessoas com transtorno mental, que eles não se sentem capazes e nem responsáveis quando o assunto é saúde mental, sendo que o que resta é, de forma limitada, a escuta, a conversa, o acolhimento. Além disso, diziam que não é fácil lidar com as pessoas que têm um transtorno mental, que são pessoas muito difíceis. Fui percebendo simplicidade e sinceridade na maioria das falas desses trabalhadores que eu tive contato, pois revelavam e assumiam o estigma (e isso me encantava, ao invés de me assustar). Eu pensava: “Eles têm razão, e justamente por isso alguma coisa precisa ser feita! E se eles estão dizendo que a única coisa que está ao alcance é a escuta, o acolhimento, o que é que a gente tem entendido sobre saúde mental nesse contexto da Atenção Primária? Será que os ACS já não têm, de certa forma, um potencial, mas falta o reconhecimento, a valorização, a atenção mais adequada para utilizar esse potencial que pode ser, inclusive, um caminho para ressignificar algumas crenças e, assim, reduzir o estigma?”

Além disso, outro aspecto que me instiga, também, é a forma como desenvolvemos algumas atividades em diferentes espaços/instituições, pois o *feedback*, na maioria das vezes, vem acompanhado de um conteúdo que me faz refletir sobre “como nos colocamos e entramos no espaço do outro”. Por exemplo, em uma atividade desenvolvida com alunos de graduação para profissionais de saúde de uma instituição psiquiátrica, o *feedback* dos profissionais foi algo próximo a: “entendemos a intenção de vocês, mas nós estamos aqui diariamente e, na prática, na realidade, o funcionamento é outro”.

Como, então, construir algo que faça sentido para o “outro”? Como podemos “fazer pesquisa” que seja capaz de se aproximar cada vez mais das realidades!? Como eu, como pesquisadora e psicóloga, posso (re)construir uma realidade!? Como posso me colocar no contexto dos ACS, esses trabalhadores incríveis, construindo parceria!? Como os ACS, que são elo entre os usuários e os profissionais de saúde, que são ponte entre a comunidade e os serviços de saúde, podem olhar para os desafios como oportunidades, se responsabilizarem pelo que pensam, agem, mas também, reconstruírem caminhos possíveis por meio do vínculo, da confiança!? Como os ACS, em seus contextos de atuação, podem ser parceiros das pessoas com transtorno mental!? Como eu posso contribuir na construção dessa parceria!?

Com a consciência das limitações decorrentes da pandemia de COVID-19 e o período de realização deste estudo, e também com a consciência dos desafios que permeiam as políticas públicas de saúde mental, apresento, com as adaptações necessárias durante o processo de coleta de dados, o trabalho desenvolvido com ACS de seis USF do município de Ribeirão Preto, no período de fevereiro de 2019 a março de 2023.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos mentais como prioridade para a saúde global

Transtornos mentais relacionam-se à perda de funcionalidade e às consequências negativas, tanto na vida pessoal quanto no contexto social e apresentam-se mundialmente como problema de saúde pública (MAZZAIA, 2018). Portanto, pessoas com transtorno mental geralmente possuem alto nível de sofrimento e incapacidades física, emocional, econômica e social, assim como diferentes formas de privação de liberdade, discriminação e abuso. Ainda, sua mortalidade é precoce e suas experiências de vida são caracterizadas por diferentes violações de direitos humanos, tanto em ambientes comunitários quanto em ambientes de saúde (ASHER et al., 2017).

A carga mundial de transtornos mentais agrava-se devido a falta de tratamento, sendo que entre 70% e 90% das pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental não têm acesso aos serviços de saúde (WAINBERG et al., 2017; ABAYNEH et al., 2017; ASHER et al., 2017). Estudos indicam que em sistemas de saúde mental de países de renda baixa e média, que juntos compõem 85% da população mundial, recursos financeiros são escassos e a infra-estrutura para saúde mental, inadequada (KATZ; LAHEY; CAMPBELL, 2014).

No Brasil, suas características sociodemográficas e econômicas têm sido consistentemente associadas ao aumento da incidência e persistência de transtornos mentais na população em geral (MARINHO et al., 2018). Segundo estimativas recentes, os transtornos depressivos e de ansiedade foram, respectivamente, a quinta e a sexta causas de anos de vida vividos com incapacidade no Brasil (MARINHO et al., 2018).

Nesse contexto, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) elaborou relatório que indica que os países devem aumentar o nível de financiamento para atender as necessidades das pessoas com transtorno mental e fornece aos países informações e ferramentas necessárias para abordar os transtornos mentais como prioridade global em saúde e desenvolvimento (WHO, 2018). Nesse sentido, serviços e tratamentos em saúde mental alcançaram melhoras nos últimos cinquenta anos, mas muitas pessoas que poderiam se beneficiar destes serviços ainda encontram barreiras de acesso para aderirem

completamente ao tratamento, sendo uma dessas barreiras, o estigma (CORRIGAN, 2004).

1.2 Estigma e as pessoas com transtorno mental

Estigma associado aos transtornos mentais afeta pessoas de todas as idades, culturas e condições socioeconômicas (STUART et al., 2012). Como fenômeno social, apresenta-se como processo sociocognitivo que abrange conceitos prejudiciais às pessoas que se encontram em desvantagens sociais (GOFFMAN, 1988; CORRIGAN, 2004). Definido também pela co-ocorrência de elementos como rotulação, estereótipos, perda de status, distância social e discriminação, o estigma existe em contexto de poder social, econômico e político (LINK; PHELAN, 2001). Pode ocorrer em três níveis, estrutural (políticas e leis de exclusão), interpessoal (atitudes e comportamentos sociais prejudiciais que aumentam a distância e perda de status) e intrapessoal (auto estigma e suas consequências) (LINK; PHELAN, 2001). Ainda, o estigma envolve a ignorância (problemas de conhecimento), preconceito (problemas de atitudes) e discriminação (problemas de comportamento) (THORNICROFT et al., 2008).

O estigma estrutural está enraizado nas leis, políticas e procedimentos das instituições sociais que restringem, de forma arbitrária, direitos e oportunidades das pessoas com transtorno mental (CORRIGAN; MARKOWITZ; WATSON, 2015). É reforçado nas leis, políticas e procedimentos internos de instituições e sistemas públicos e privados, bem como nas práticas de profissionais de saúde e tomadores de decisão. Casos evidentes de estigma estrutural reduziram, porém produziram disparidades e foram substituídos por barreiras veladas, que ainda geram desigualdade e injustiça às pessoas com transtorno mental (LIVINGSTON, 2020).

O estigma social ocorre quando o público em geral endossa estereótipos negativos e desenvolve comportamentos discriminatórios com relação às pessoas com transtorno mental (PESCOSOLIDO, 2013). O uso generalizado de estereótipos, como o de periculosidade, produz políticas punitivas, como a redução de financiamento para serviços de saúde, ou mesmo a ampliação de intervenções coercitivas (WATSON; CORRIGAN; ANGELL, 2005; ANGERMEYER et al., 2014). Já as políticas punitivas podem reforçar o estigma social, em uma dinâmica que

restringe as políticas de saúde inclusivas e progressivas, como estratégias e intervenções baseadas na redução de danos (KENNEDY-HENDRICKS et al., 2017).

O autoestigma ocorre quando as pessoas internalizam as atitudes sociais e sofrem inúmeras consequências negativas como resultado. Nesse aspecto, o indivíduo toma consciência dos estereótipos negativos que outras pessoas atribuem e, necessariamente, concorda com esses estereótipos, aplicando-os a si mesmo (CORRIGAN, WATSON, & BARR, 2006). O autoestigma traz consequências como reações emocionais e comportamentos negativos, como ser percebido como louco ou fraco, sentir-se constrangido ou envergonhado, ter medo do que os outros possam pensar, e que interferem diretamente nos cuidados de saúde, podendo funcionar como barreira de acesso aos cuidados de saúde e à adesão ao tratamento (CLEMENT et al., 2015; KERRIDGE et al., 2017; DOCKERY et al., 2015; FEDER et al., 2018).

Portanto, estigma com relação às pessoas com transtorno mental pode se manifestar por meio de preconceitos, desconfiança, crenças negativas, medo, constrangimento, raiva e desejo de distância social (LINK; PHELAN, 2001). Também pode se manifestar por meio da recusa de emprego, educação, moradia adequada, intensificando também outras formas de discriminação (por raça, gênero, idade, etnia, etc). Atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios podem desestimular pessoas com transtorno mental a procurarem serviços de saúde para tratamento e apoio social (CORRIGAN, 2004; LINK; PHELAN, 2001; THORNICROFT, 2006), o que pode contribuir no agravamento dos sintomas, intensificar o sofrimento e até resultar em mortalidade e morbidade evitáveis, como lesões físicas, traumas e suicídio (SUH, 2012).

1.3 Estigma entre profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental

Profissionais de saúde não são menos suscetíveis do que o público em geral quanto às crenças e comportamentos estigmatizantes com relação às pessoas com transtorno mental (HODGES et al., 2001; RÜSCH et al., 2005; KASSAM et al., 2012). Muitas vezes, profissionais de saúde agem por meio de atitudes negativas com relação às possibilidades de êxito e recuperação (HODGES; INCH; SILVER,

2001; RUSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN; 2005; DELL, et al. 2020). Usuários de serviços de saúde mental relatam tratamentos estigmatizantes tanto de clínicos gerais quanto de psiquiatras (THORNICROFT et al., 2007). Ainda, estigma e discriminação podem ser vivenciados pelos usuários em serviços de saúde por meio de ameaças com tratamento coercitivo, recebimento de informações insuficientes, tratamento com indiferença ou humilhação e serem considerados sem capacidade de se responsabilizarem pelo tratamento (STUART et al., 2012).

Estigma transmitido pelos profissionais de saúde associa-se, portanto, a comportamentos de falta de busca de ajuda, bem como à baixa adesão a tratamentos de saúde mental entre pessoas com transtorno mental (CORRIGAN et al., 2003; CORRIGAN, 2004; PELUSO; BLAY, 2004; RUSCH et al., 2005). Nesse contexto, a maneira como a pessoa com transtorno mental é vista pelos profissionais de saúde pode ter um impacto significativo nos resultados do tratamento e qualidade de vida, pois profissionais de saúde são responsáveis pela prestação de cuidados, além de constituírem grupo com potencial para a redução do estigma e discriminação por meio de ações de prevenção, tratamento e divulgação (KASSAM et al., 2012).

Estudos sobre atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental englobam atitudes positivas ou negativas e atitudes explícitas ou implícitas (JORM et al., 1999; NORDT, LAUBER, RÖSSLER, 2006; PERIS et al., 2008; HANSSOM et al., 2013; STULL et al., 2013; CHIEN; YEUNG; CHAN, 2014; KOPERA, 2014; REAVLEY, 2014; STUBER et al., 2014). As atitudes explícitas estão no nível consciente, são deliberadamente formadas e fáceis de relatar; as atitudes implícitas estão no nível inconsciente, são involuntariamente formadas e tipicamente desconhecidas (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2005).

Atitudes positivas podem relacionar-se a fatores como idade, treinamento e experiência dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental (STUBER et al., 2014; REAVLEY, 2014). Esta relação aproxima-se do conceito de contato social, no qual níveis mais baixos de estigma resultam da experiência de interação com as pessoas com transtorno mental, levando à reformulação de crenças estereotipadas sobre o grupo estigmatizado (CORRIGAN; WATSON, 2002). O contato com as pessoas com transtorno mental é recomendado como estratégia chave para reduzir o estigma, pois pode ter impacto positivo na

redução de preconceitos e estereótipos (NEWTON-HOWES; WEAVER; TYRER, 2008; BJÖRKMAN et al., 2008; VIBHA et al., 2008).

No entanto, alguns estudos contrariam esta ideia, revelando níveis mais altos de estigma relacionados ao contato do profissional de saúde com pessoas com transtorno mental, pois este contato ocorre, muitas vezes, em momentos críticos, quando os sintomas podem ser aparentes e estão em extrema necessidade de tratamento (JORM et al., 1999; HANSSOM et al., 2013; CHIEN; YEUNG; CHAN, 2014; KOPERA, 2014).

Mesmo que profissionais de saúde que possuem atitudes positivas com relação às pessoas com transtorno mental, por estarem suscetíveis ao estigma, podem revelar, também, desejo de distância social (NORDT; LAUBER; RÖSSLER, 2006; REAVLEY, 2014; STUBER et al., 2014). A distância social é um dos componentes mais importantes na estigmatização porque reflete o desejo de uma pessoa de não se envolver em atividades com pessoas com determinadas características (CORRIGAN et al., 2003). O desejo de distância social geralmente ocorre devido a percepções distorcidas sobre as pessoas com transtorno mental, classificando-as como perigosas e imprevisíveis (LINK et al., 1999).

Ainda, profissionais de saúde com atitudes positivas em relação à possibilidade de recuperação da saúde mental de usuários de serviços de saúde podem desenvolver o chamado "obscurecimento de diagnóstico", no qual os problemas físicos/orgânicos de um usuário são ofuscados pelo seu diagnóstico psiquiátrico (THORNICROFT et al., 2008). Ressalta-se que pessoas com transtorno mental têm mortalidade elevada em comparação à população em geral (WALKER et al., 2015). Estudos revelam que a carga global dos transtornos mentais reflete mais na incapacidade do que na mortalidade, demonstrando que a relação entre transtornos mentais e mortalidade é complexa, pois a maioria das pessoas morre devido a doenças cardíacas ou crônicas, e não à condição psiquiátrica (COLTON; MANDERSCHIED, 2006; WHITEFORD et al., 2013).

No que diz respeito às atitudes implícitas e explícitas dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental, estudos obtiveram resultados comparáveis (PERIS et al., 2008; STULL et al., 2013; KOPERA, 2014). O estudo de Stull et al. (2013) utilizou o Teste de Associação Implícita (TAI) para medir atitudes implícitas em profissionais de saúde e vinhetas que descreviam casos de esquizofrenia, a fim de identificar as atitudes explícitas dos profissionais. Os

resultados mostraram que alguns profissionais de saúde tiveram atitudes mais explícitas e implícitas positivas com relação às pessoas com transtorno mental. Atitudes mais positivas foram associadas a níveis mais altos de educação, o que significa que os profissionais de saúde com treinamento avançado em saúde mental demonstraram atitudes menos estigmatizantes com relação às pessoas com transtorno mental.

Kopera (2014) identificou em seu estudo atitudes explícitas mais positivas entre os profissionais de saúde, particularmente entre os profissionais mais velhos e com formação avançada. No estudo de Peris et al. (2008), atitudes implícitas e explícitas entre os profissionais de saúde foram comparadas com as dos estudantes de medicina e os resultados revelaram que ambos os grupos tiveram atitudes positivas (menos atitudes estigmatizantes). Há um crescente reconhecimento de que medidas explícitas podem subestimar os níveis de estigma. Por outro lado, atitudes implícitas podem ser mais sensíveis à detecção de associações que as pessoas prefeririam não revelar (HINSHAW; STIER, 2008).

Dessa forma, é relevante que os profissionais de saúde estejam cientes do impacto adverso que atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios podem ter para os usuários dos serviços de saúde (CALDWELL; JORM, 2000). Assim, a importância de conhecer as atitudes de profissionais da saúde com relação às pessoas com transtorno mental se deve ao fato de ser um público que, também, encontra-se suscetível ao estigma e em exposição aos processos de socialização que podem levar à internalização de atitudes estigmatizantes e discriminatórias (HANSSOM, 2013).

Nessa perspectiva, investir em treinamento para profissionais de saúde é essencial para reduzir atitudes e práticas estigmatizantes, pois possibilita conscientização sobre os danos que o estigma pode causar em relação à confiança, esperança, chance de recuperação e qualidade de vida para os usuários dos serviços de saúde. Além do treinamento, é essencial que os profissionais de saúde estejam envolvidos em processos que desafiem ativamente crenças e atitudes pessoais estigmatizantes para ampliar seus pontos de vista e facilitar relacionamentos produtivos com pessoas com transtorno mental (HANSSON et al., 2013).

Programas internacionais e nacionais têm sido desenvolvidos para melhorar o estigma relacionado às pessoas com transtorno mental voltados para

grupos específicos, como profissionais de saúde, jovens, policiais e formuladores de políticas (STUART et al., 2012). Entretanto, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda há necessidade de investigações e implementações de ações relacionadas ao estigma e discriminação (SHIM; RUSTE, 2013), pois são poucos os estudos que avaliaram o desenvolvimento de intervenções que trabalharam com o estigma relacionado às pessoas com transtorno mental entre profissionais da APS (MEHTA et al., 2015; KHENTI et al., 2017a; SAPAG et al., 2018).

1.4 Atenção Primária à Saúde (APS) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Desde o início do século XX, a APS tem sido pensada, internacionalmente, como estratégia de organização da atenção à saúde, colocando o médico geral como figura central no contexto de uma rede territorial de serviços primários (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). A ideia de APS foi utilizada, pela primeira vez, em 1920, no chamado Relatório de Dawson, como forma de organização dos sistemas de saúde. No final da década de 70, a Conferência Internacional de Alma Ata, influenciada pelo cenário político e econômico dos países, propôs que os cuidados primários em saúde fossem elemento central para mudanças sociais e na saúde (WHO, 1979).

Destaca-se, portanto, que diferentes países têm a APS em seu sistema de saúde e que o conjunto de ações da Conferência de Alma Ata é marco fundamental para a APS com incorporações heterogêneas nos países e com influência de organismos internacionais (MELO et al., 2018). A APS se destaca por ser o primeiro contato com o sistema de saúde, pela integralidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado, bem como pela abordagem familiar e comunitária, caracterizando-se pelo grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação entre a APS e as comunidades, pela capacidade resolutiva e pelas ações de coordenação de casos e fluxos assistenciais (STARFIELD, 2002).

No Brasil, as primeiras experiências da APS ocorreram na primeira metade do século XX. Desde 1990, com a Constituição de 1988 garantindo a saúde como direito e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se a implementação dos princípios e diretrizes formulados pelo movimento da Reforma Sanitária. Houve,

nesse período, esforços para a construção de um novo modelo assistencial que se materializou na APS com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa Saúde da Família (PSF) (MELO et al., 2018).

Apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial e superando a ideia de um programa vinculado a uma noção de verticalidade, a partir de 1996 houve certa fusão do Pacs com o PSF, tornando-se Estratégia Saúde da Família (ESF) (VIANNA; DAL POZ, 2007). Desse modo, APS no Brasil surgiu como proposta para superação das iniquidades em saúde e ineficiência de ações primárias, buscando a concepção de saúde focada no sujeito, família, comunidade e na melhoria da qualidade de vida (PAIM et al., 2011). A APS ganhou lugar de destaque, sendo considerada a "porta de entrada" do usuário no sistema de saúde, e também, como o nível de atenção responsável pela assistência a importantes problemas de saúde, por meio de ações que visam promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (CAMPOS et al., 2011). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio do SUS, apresenta a ESF como modelo de APS e como política pública de saúde brasileira (BRASIL, 2012), e foi instituída a fim de possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde, bem como desenvolver cuidado integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas (SILVA et al., 2020).

A ESF visa, portanto, a reorientação do modelo assistencial e apresenta-se como projeto dinamizador do SUS. Trata-se, também, de uma reforma nos modos de trabalho e nas relações entre profissionais e usuários, pois tem como proposta trabalhar com população adscrita, com foco na família, estabelecendo vínculos por meio de uma equipe multiprofissional. Essa equipe multiprofissional deve planejar ações baseadas na realidade de vida das famílias a serem atendidas. Nesse sentido, há necessidade de implementação de reorganizações no processo de trabalho (BRASIL, 2006).

A equipe de Saúde da Família (eSF) é composta por médico de família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011). Como a ideia é a de aproximação com os territórios dos usuários e famílias, o trabalho da eSF exige instrumentos e estratégias em busca de um modelo de cuidado que inclui o vínculo da equipe com a comunidade, a participação social e a produção de autonomia dos usuários e famílias atendidos (FLUMIAN; FIORONI, 2018).

O trabalho na ESF organiza-se por meio de um cuidado de base territorial e com as famílias, o que presume lidar com diferentes demandas, desenvolver habilidades de diagnóstico comunitário, ações de promoção e prevenção, cuidado individual e coletivo (DUTRA; OLIVEIRA, 2015; LEMKE; SILVA, 2013). O contato direto e próximo da eSF com a comunidade indica que, muitas vezes, protocolos são insuficientes para planejamento e execução do cuidado integral (LACAMAN et al., 2009), exigindo dos profissionais características e habilidades diversificadas e que os auxiliem a lidar com imprevistos e com complexidades provenientes das realidades e contextos das comunidades, como a utilização de tecnologias leves de cuidado (FLUMIAN; FIORONI, 2018).

A APS no Brasil conta com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas eSF, e estudos abordam a singularidade deste trabalhador de saúde e a importância de seu trabalho, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade social (VIANNA; DAL POZ, 2007; GIULIANI et al., 2011). O ACS é peça-chave para a ESF, visto que é parte da eSF e que adquire conhecimento técnico e, ao mesmo tempo, constrói vínculo com a comunidade (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009). O trabalho do ACS caracteriza-se, principalmente, pela utilização das tecnologias leves de cuidado, o que implica capacitação adequada e acompanhamento do trabalho, pois a sobrecarga emocional demanda do trabalhador recursos internos, psíquicos e afetivos, impossíveis de desenvolver com capacitações técnicas (LIMA; MOURA, 2005; COSTA et al., 2013).

São atribuições específicas do ACS, de acordo com a Lei nº 10.507/2002:

- I) realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- II) promover ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III) registrar dados e informações para fins de controle e planejamento das ações de saúde;
- IV) realizar cadastramento das famílias e manter os dados atualizados;
- V) orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- VI) desenvolver atividades programadas pela equipe e atender a demanda espontânea;
- VII) estimular a participação da comunidade nas políticas públicas de saúde locais;
- VIII) utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- IX) participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2002).

Além das atribuições específicas, situações de desvio de função ocorrem em algumas situações, no qual o ACS assume responsabilidades

administrativas e de recepção na Unidade de Saúde da Família (USF) (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Ações de saúde centradas em procedimentos técnicos, muitas vezes realizadas de forma repetitiva e que não possibilitam envolvimento e participação criativa, podem produzir desgaste e sofrimento no trabalhador de saúde (FLUMIAN; FIORONI, 2018). Assim, para lidar com a realidade, o ACS conta com seus saberes baseados em suas experiências de vida, no senso comum e, às vezes, com os saberes e recursos das famílias e comunidades (SILVA; DALMASO, 2002; PERES et al., 2011).

1.5 Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e o estigma

A integração entre saúde mental e APS é a principal estratégia global de ampliação do acesso à saúde mental e constitui papel fundamental na redução do estigma e nas lacunas do tratamento em saúde mental em diferentes países e regiões (REBELLO et al., 2014). Nesse sentido, por meio de iniciativa conjunta da Organização Mundial de Saúde (WHO) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), o relatório *“Integrating mental health into primary care: a global perspective”* busca reafirmar a importância da efetivação da integração entre saúde mental e APS. Baseado em diretrizes globais e experiências positivas de diversos países, são pontuadas sete principais razões para a implementação de serviços integrados de saúde mental no contexto da APS: a prevalência de transtornos mentais em todas as sociedades; a conexão entre problemas de saúde física e mental; o enorme *gap* terapêutico dos transtornos mentais; aumento do acesso; promoção dos direitos humanos; custo-efetividade e bons resultados clínicos (WHO; WONCA, 2008).

Nessa perspectiva, uma iniciativa global de treinamento para serviços de saúde mental baseados em cuidados primários em ambientes de poucos recursos, *World Health Organization Mental Health Gap Action Programme-Intervention Guide (mhGAP-IG)*, recomenda que trabalhadores da APS assumam novos papéis e responsabilidades para cuidar das pessoas com transtorno mental (WHO, 2011). Serviços de APS, portanto, podem facilitar a detecção precoce de problemas de saúde mental e uso de substâncias para fornecer tratamentos acessíveis e cuidados

de acompanhamento, pois são locais onde os profissionais de saúde são responsáveis por uma proporção significativa de cuidados em saúde mental (BORGES et al., 2016). No Brasil, destaca-se que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental devido a transtornos mentais graves, e 9% em função de transtornos mentais comuns, o que pode representar 50% da demanda de serviços de APS (BRASIL, 2003; FORTES et al., 2011).

Durante a década de 70, movimentos na América Latina e Brasil ocorreram com o intuito de reorganizar a política de saúde mental em busca de tratamento humanizado às pessoas com transtornos mentais. Nos anos 90, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde divulgaram o documento “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental”. Conhecido como a Declaração de Caracas (OPAS, 1990), este documento representa um marco histórico na política de saúde mental na América Latina, no qual reformas de saúde mental foram implementadas em diferentes países, com os objetivos de: 1) ancorar saúde mental na Atenção Primária; 2) desenvolver serviços comunitários de saúde mental; e 3) reduzir o estigma associado ao transtorno mental (WHO, 2013).

Assim, a integração da saúde mental na APS no cenário brasileiro fundamenta-se na Lei 10.216 de 2001, que é o principal marco legislativo da saúde mental no país (WENCESLAU; ORTEGA, 2015), garantindo às pessoas com transtorno mental acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, tratamento prioritário em serviços públicos de saúde mental, além de proteção contra abuso e exploração (BRASIL, 2004). De acordo com a Política de Saúde Mental do Brasil, destaca-se que a ESF, por sua proximidade com famílias e comunidades, “se apresenta como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2005, p. 33).

A ESF apresenta-se, ainda, como local para incitar mudanças relacionadas ao estigma entre os profissionais de saúde, pois é um nível de atenção à saúde que articula os desafios da Reforma Psiquiátrica com a responsabilização dos profissionais que atuam nesse nível de assistência (DELFINI et al., 2019). No entanto, diante das barreiras envolvendo cuidado em saúde mental no contexto da APS, profissionais das eSF sentem-se inseguros, impotentes, angustiados, sem

preparo e sem conhecimento (MERCES et al, 2015). Ações em saúde mental das eSF reduzem-se em justificativas pela falta de habilidade para lidar com as pessoas com transtorno mental e ampliam-se a encaminhamentos para outros níveis de atenção, reduzindo a capacidade de resolutividade e integralidade da APS (PEREIRA; ANDRADE, 2018). Serviços de APS, portanto, podem se tornar locais onde pessoas com transtorno mental podem enfrentar diferentes formas de estigma e discriminação, incluindo formas reproduzidas por profissionais de saúde, fortalecendo barreiras aos serviços de saúde (MURNEY et al., 2020).

1.6 O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado em saúde mental

A incorporação de trabalhadores comunitários de saúde na prestação de serviços de saúde mental é recomendada como estratégia para lidar com as disparidades existentes na saúde mental (WHO, 2010; ACEVEDO-POLAKOVICH et al. 2013). Os CHW/ACS fornecem educação em saúde e encaminhamentos para diferentes serviços e fornecem apoio e assistência às comunidades, famílias e indivíduos, com medidas preventivas de saúde e acesso a serviços sociais e de saúde apropriados. Eles criam uma ponte entre os prestadores de serviços de saúde, sociais e comunitários e as comunidades que podem ter dificuldade de acesso a esses serviços (WHO, 2018).

O termo genérico “trabalhador comunitário de saúde” abrange uma variedade de auxiliares de saúde comunitários selecionados, treinados e trabalhando nas comunidades de onde vêm (WHO, 1989) e, portanto, compartilham status socioeconômico, etnia, idioma e normas culturais com as comunidades em que trabalham (NIH, 2014). Internacionalmente, mais de trinta termos diferentes são usados para trabalhador comunitário de saúde, incluindo trabalhadores leigos de saúde, trabalhadores voluntários de saúde, agentes comunitários de saúde, trabalhadores comunitários de saúde e agentes comunitários de saúde (BHATTACHARYYA et al., 2001). Independentemente da variedade de nomes, trabalhador comunitário de saúde conhece os costumes locais, bem como as normas sociais e culturais, e pode fornecer apoios relevantes e aceitos pelas comunidades que trabalham (WHO, 2007). Para padronização, será utilizado “agentes comunitários de saúde” (ACS).

Os papéis e atividades dos ACS são diversos ao longo da história, dentro e entre países e entre programas. Programas bem-sucedidos utilizando ACS podem ser encontrados em um conjunto de esforços de mobilização da comunidade, seja como parte de uma transformação política em grande escala, como no caso do Brasil (Programa de Saúde da Família – incluindo os ACS nos serviços de saúde e conforme foi apresentado anteriormente), ou por meio de mobilização local, muitas vezes facilitada por organizações não governamentais, comunitárias ou religiosas, como *Accredited Social Health Activists* (ASHA), na Índia (WHO, 2007).

O potencial dos ACS e outros tipos de trabalhadores de saúde baseados na comunidade ganhou reconhecimento na redução das desigualdades no acesso a serviços de saúde. O *World Health Organization (WHO) Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, adotado pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2016, incentiva os países a adotarem uma combinação diversificada e sustentável de habilidades, aproveitando o potencial de profissionais de saúde de nível médio e comunitário em equipes interprofissionais de atenção primária (WHO, 2018). Enquanto em alguns casos os ACS realizam uma série de tarefas diferentes que podem ser preventivas, curativas e/ou de desenvolvimento, em outros casos, os ACS são nomeados para intervenções mais específicas, como nas áreas de saúde materna e infantil, tuberculose, HIV (WHO, 2007).

No contexto da saúde mental, em países de renda baixa e média, mais de 75% das pessoas que se beneficiariam com cuidados de saúde mental não os recebem (WHO, 2008, 2010). As intervenções de saúde mental realizadas pelos ACS podem aumentar a disponibilidade de atendimento, tendo em vista os desafios para atender as necessidades dos serviços de saúde (KAKUMA et al. 2011). No entanto, mesmo quando os serviços estão disponíveis, um conjunto de fatores pode afetar o acesso ou a procura pelo atendimento, como barreiras estruturais (falta de transporte), baixo nível de educação/alfabetização em saúde mental e atitudes estigmatizantes (ALEGRÍA et al. 2010; CHOW et al. 2003; KILBOURNE et al. 2006; NADEEM et al. 2007).

Além do estigma funcionar como barreira de acesso aos serviços de saúde (CORRIGAN & WATSON, 2002), pode também impactar significativamente o potencial de recuperação, reforçando atitudes e comportamentos negativos em relação às pessoas com transtorno mental (SARTORIUS, 2007). Fatores culturais também podem funcionar como barreiras e influenciar a estigmatização, como a

associação da sintomatologia de um transtorno mental com condições espirituais ou metafísicas (RAGURAM et al. 2002; SARAVANAN et al., 2007). Dessa forma, ACS podem estar em uma posição única para construir confiança e enfrentar as barreiras para a busca de atendimento (KATIGBAK et al. 2015) e podem, também, reduzir o estigma associado aos cuidados em saúde mental e aumentar o engajamento no serviço, mesmo para condições altamente estigmatizadas (BALAJI et al. 2012; MORRIS et al. 2009).

Os ACS, como integrantes da comunidade, tornam-se facilitadores na relação entre o serviço de saúde e o usuário, permitindo comunicação interpessoal mais efetiva e com maior vínculo, pois compartilham da mesma realidade local, possibilitando que usuários do serviço se identifiquem com esses profissionais (WAIDAMAN et al., 2012). Entretanto, atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com transtornos mentais também existem entre os ACS e revelam-se por meio de conceitos sobre saúde mental e sobre pessoas com transtornos mentais baseados em percepções preconceituosas, de periculosidade e de incapacidades (DUARTE et al., 2007; VECCHIA, MARTINS, 2009). Nesse sentido, torna-se importante conhecer o contexto de atuação dos ACS, suas percepções, conhecimentos, atitudes e suas ações relacionadas às questões de saúde mental, a fim de identificar possibilidades de estratégias capazes de reduzir o estigma em relação às pessoas com transtorno mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Construir, em conjunto com ACS, estratégias de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental possíveis de implementação na APS.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar atitudes estigmatizantes de ACS com relação às pessoas com transtorno mental;
2. Analisar a percepção de ACS sobre as pessoas com transtorno mental, sobre suas atitudes com relação a essas pessoas e sobre como eles se veem no processo de integralidade do cuidado em saúde mental na APS;
3. Elaborar ações para a redução do estigma com relação às pessoas com transtorno mental.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Este estudo integra o projeto de pesquisa “Explorando Estigma, Discriminação e Perspectivas de Recuperação relacionados aos Transtornos Mentais e Uso de Substâncias Psicoativas junto a Profissionais de Unidades Básicas de Saúde em Ribeirão Preto, Brasil: Ensaio Controlado Randomizado”. O objetivo principal do referido projeto é determinar a eficácia de intervenção anti-estigma direcionada para a redução de atitudes e comportamentos estigmatizantes de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtornos mentais e com problemas de uso de substâncias, utilizando USF como locais de intervenção. Como este projeto de pesquisa será citado em vários momentos no texto, será denominado como “estudo randomizado”.

Assim, com o intuito de construir, em conjunto com ACS, estratégias de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental possíveis de implementação na APS, o presente estudo apresenta-se como descritivo e transversal, com abordagem mista de coleta de dados, por meio da estratégia transformativa sequencial (CRESWELL, 2010). Estudos de métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação. A partir da integração entre pesquisa quantitativa e qualitativa, estudos de métodos mistos possibilitam o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se alcançaria com a utilização de apenas uma abordagem (CRESWELL; CLARK, 2013). Nesse sentido, realizar estudo de métodos mistos não significa conduzir dois estudos separadamente, abordando uma questão específica, mas sim, conduzir um estudo que utiliza métodos diferentes para responder uma questão de pesquisa específica, de modo que as informações obtidas se complementem entre si (INGHAM-BROOMFIELD, 2016).

3.2 Local do estudo

No estudo randomizado, do qual o presente estudo faz parte, seis USF foram selecionadas aleatoriamente, sendo três USF como controle e três como experimental. Como a etapa exploratória do estudo randomizado ocorre nas seis USF, para o presente estudo, as seis USF participaram.

Revelou-se, em entrevistas informais com gerentes das USF e profissionais de saúde, que as USF estão localizadas em áreas territoriais com inúmeras iniquidades sociais e que possuem grande demanda em saúde mental, sendo consideradas USF importantes para iniciar mudanças relacionadas à integração dos cuidados em saúde mental na APS e ao estigma. O fluxo de usuários nessas USF é caracterizado por demanda espontânea e são unidades que possuem quatro Equipes de Saúde da Família que realizam ações básicas nas seguintes áreas: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Vacinação, Odontologia, Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Assistência Domiciliar, Teste do Pezinho, Acompanhamento de famílias cadastradas, Planejamento Familiar.

O Quadro 1 abaixo apresenta as características das USF participantes com relação ao número de equipes, número de profissionais, número de ACS e estimativa da população adscrita.

Quadro 1 - Características das Unidades de Saúde da Família participantes

Características	USF 1	USF 2	USF 3	USF 4	USF 5	USF 6
Número de equipes	4	4	4	4	4	4
Número total de profissionais	53	44	44	44	41	43
Número total de ACS	20	25	25	24	22	24
Estimativa da população adscrita*	11.164	11.468	13.612	11.341	11.510	12.593

Fonte: Informações disponibilizadas pela Coordenação da Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto (SP).

*Dados da Divisão de Planejamento em Saúde do município de Ribeirão Preto (SP).

3.3 Etapas do estudo

O presente estudo teve três etapas de coletas de dados: 1) Aplicação da escala OMS-HC (abordagem quantitativa); 2) Entrevistas individuais (abordagem qualitativa); 3) Construção de estratégias de redução de estigma (abordagem qualitativa). Cada coleta de dados ocorreu em um período, sendo assim, a primeira etapa aconteceu em 2019, a segunda etapa em 2021 e a terceira etapa em 2022. A pandemia de COVID-19 impactou, especialmente, a coleta de dados da segunda etapa, mas não afetou de maneira significativa, comprometendo o estudo. Além

disso, cada etapa contou com uma amostra de ACS. As três etapas estão descritas abaixo.

3.3.1 Primeira etapa: Aplicação da Escala *Opening Minds* para profissionais de saúde (OMS-HC)

Coleta de dados

Os dados desta etapa foram coletados por meio do estudo randomizado, no período de agosto a novembro de 2019, nas seis USF participantes. A pesquisadora, também membro da equipe de pesquisa do estudo randomizado, entrou em contato por telefone com gerentes das USF, explicou brevemente a pesquisa já autorizada pelos Comitês de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (ANEXO B) e agendou uma reunião presencial para maiores esclarecimentos. Assim, com apoio dos gerentes de cada USF, a pesquisadora conversou com cada profissional das eSF, inclusive os ACS das seis USF, explicando que a primeira etapa da pesquisa envolvia responder questionários que abordavam questões sociodemográficas e questões com relação às pessoas com transtorno mental. Cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e, ao concordarem com as informações, o assinaram.

Assim, para este estudo, utilizou-se questionário sociodemográfico para caracterização dos ACS das equipes das seis USF de acordo com idade, gênero, escolaridade, tempo de atuação como ACS e proximidade com a temática de saúde mental e com pessoas com transtorno mental. Ainda, para atingir o objetivo de identificar atitudes estigmatizantes de ACS com relação às pessoas com transtorno mental, foi utilizada a “Escala *Opening Minds* para profissionais de saúde (OMS-HC)” (APÊNDICE B).

A escala original, *Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC)* é uma escala canadense de 20 itens desenvolvida especificamente para medir o estigma em profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais. Essa escala tem boa consistência (alfa de Cronbach $\alpha = 0,82$), confiabilidade teste-reteste satisfatória, correlação intraclasse (0,66; IC 95%: 0,54 a 0,75) e sensibilidade à mudança (KASSAM et al., 2012). A OMS-HC foi adaptada

culturalmente (CARRARA et al., 2023) e validada para o português brasileiro, tanto para profissionais de saúde quanto para ACS, e foi intitulada como “Escala *Opening Minds* para profissionais de saúde (OMS-HC)”. O processo de validação para uso no Brasil evidenciou boa consistência interna ($\alpha = 0.74$). Um modelo bifator para análises fatoriais exploratórias (EFA) e confirmatórias (CFA) foi utilizado para a validade de construto da OMS-HC, resultando em 16 itens e 4 fatores (Divulgação, Distância Social, Atitudes e Visão Negativa) (CARRARA et al., 2023). Nesse sentido, a versão brasileira da OMS-HC utilizada neste estudo contém 16 itens.

Análise dos dados

Os dados coletados nesta etapa do estudo foram analisados por meio do Software Estatístico SPSS® (Statistical Package for Social Sciences), facilitando o processo de organização dos dados obtidos em tabelas, permitindo melhor visualização e interpretação dos dados. Optou-se por empregar análise descritiva, a fim de resumir e sintetizar os dados obtidos.

3.3.2 Segunda etapa: Entrevistas individuais

Coleta de dados

Esta etapa também ocorreu em conjunto com do estudo randomizado. As entrevistas ocorreram no período de julho a setembro de 2021, período em que houve avanço na campanha de vacinação contra a COVID-19 e maior controle dos casos, no qual houve, também, o retorno de atividades presenciais na Universidade de São Paulo. Ressalta-se que, antes da equipe de pesquisa retornar às seis USF, a pesquisadora responsável pelo estudo randomizado e a pesquisadora do presente estudo realizaram reunião online com os seis gestores das USF participantes e coordenação da ESF do município, a fim de discutirem a possibilidade da coleta de dados presencial nas USF, tendo em vista as transformações e demandas decorrentes da pandemia de COVID-19 e da campanha de vacinação. Com os acertos e orientações estabelecidos na reunião, cada gestor das USF comunicou às ESF de sua unidade a continuidade da coleta de dados qualitativos presencial.

Assim, a equipe de pesquisa se dividiu entre as seis USF e, em dias e horários pré-definidos, iniciou a coleta de dados convidando os profissionais a

participarem. A equipe de pesquisa, individualmente, abordava os profissionais em momentos em que percebiam que não estavam em atendimento, apresentando-se como pesquisador da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e como membro de um projeto aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde. A grande maioria dos profissionais lembrou do estudo randomizado iniciado em 2019 por meio da coleta de dados quantitativos, relatando, inclusive, se havia ou não respondido os questionários, e se gostariam e/ou poderiam participar da etapa das entrevistas. Os profissionais que concordaram em participar, receberam o TCLE e o assinaram (APÊNDICE C). Devido ao caráter sigiloso das entrevistas, os pesquisadores procuraram realizá-las em local preservado, como alguma sala de atendimento disponível ou mesmo na parte externa da Unidade. Ressalta-se que, mesmo quem não participou da primeira etapa e teve interesse em participar das outras duas etapas, foi incluído no estudo. O único critério de exclusão foi o tempo de atuação como ACS inferior a um mês. Foi aplicado um questionário sociodemográfico antes de realizar as entrevistas orientadas por um roteiro de perguntas (APÊNDICE D).

Devido à ampla implementação das campanhas de vacinação contra a COVID-19, o tempo disponível para a coleta de dados era limitado nas USF, pois os profissionais de saúde eram designados para fornecer vacinas ao público. Apesar deste desafio, houve o total de 82 participantes (profissionais das eSF), sendo destes, 44 ACS.

Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, os áudios foram transcritos literalmente, com o propósito de assegurar o controle da qualidade e a precisão do conteúdo. As entrevistas foram analisadas por meio do MAXQDA, software de análise de dados qualitativos e métodos mistos. Assim, as entrevistas dos 44 ACS foram transportadas para o MAXQDA e o processo de codificação foi realizado pela pesquisadora.

Foi utilizada a técnica da análise temática de Braun e Clarke (2006), que permite melhor compreensão do conteúdo do discurso, pois trata-se de análise de social. A análise temática favorece a síntese de núcleos que constituem a comunicação e a construção das representações, permitindo, assim, melhor

assimilação dos dados diante do processo de análise (BRAUN; CLARKE, 2006). Para a compreensão do contexto discursivo, foram aplicados seis passos: 1) familiarização dos dados (leitura exaustiva do conteúdo); 2) geração de códigos (codificação sistemática de dados relevantes e importantes); 3) busca dos temas (agrupamento de códigos selecionados para transformação em possíveis temas); 4) revisão contínua dos temas e identificação da possibilidade de novos temas serem sintetizados; 5) definição dos temas, relativa à análise e ao aperfeiçoamento das especificidades de cada tema; 6) produção de relatório final (interpretação autoexplicativa com agregação de dados e categorias empíricas) (BRAUN; CLARKE, 2006).

3.3.3 Terceira etapa: Construção de estratégias para lidar com o estigma

Considerando que os ACS, apesar da proximidade e vínculo com usuários e famílias, estão suscetíveis a desenvolver estigma, e identificando a existência do estigma e, ao mesmo tempo, o potencial que os ACS têm para o enfrentar os desafios relacionados à saúde mental na APS, nesta etapa do estudo, a proposta foi elaborar estratégias de redução do estigma.

As etapas anteriores, da aplicação da escala OMS-HC e das entrevistas individuais, foram importantes para identificar e perceber questões relacionadas ao estigma, como a intensidade desse fenômeno social e como ele pode influenciar nas atitudes e práticas de cuidado com relação às pessoas com transtorno mental. Assim, compartilhar com os ACS os resultados, especialmente das entrevistas individuais, foi importante, para que eles pudessem ter contato com as próprias percepções, em um espaço de reflexão que permitisse, também, que se expressassem a respeito da temática e pensassem em possibilidades de ações para a redução do estigma.

Assim, a pesquisadora desenvolveu encontros grupais com os ACS (cinco a dez por USF), utilizando estratégias adaptadas da metodologia da problematização, por meio das etapas do Arco de Maguerez, que consiste em: 1) observação da realidade e identificação do problema; 2) levantamento dos pontos-chave; 3) teorização; 4) proposição de hipóteses de solução e 5) aplicação à realidade (BORDENAVE, 2004; BERBEL, 2012).

Baseada na construção do saber, a metodologia da problematização tem como objetivo o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva e da criatividade para atuação intencional na realidade (VILLARDI et al., 2015). Nesse sentido, os ACS, como integrantes das eSF, juntamente à pesquisadora como observadora participante de uma realidade, desenvolveram papel ativo na identificação de problemas e soluções relacionados ao estigma com relação às pessoas com transtorno mental no contexto da APS. Em busca de transformação social e de reconhecimento de seus papéis sociais, a pesquisadora, em conjunto com os ACS, realizou encontros que tiveram como objetivo principal a construção de estratégias para a redução do estigma.

Nesta etapa, participaram quatro das seis USF envolvidas no estudo. Ressalta-se que o estudo randomizado teve três USF como grupo experimental (GE) e três USF como grupo controle (GC). A intervenção anti-estigma do estudo randomizado ocorreu em período anterior à etapa de construção de estratégias para lidar com o estigma do presente estudo. Nesse sentido, nas USF do GE, a pesquisadora buscou desenvolver grupos com ACS que não participaram da intervenção anti-estigma, com o intuito de evitar viés para o presente estudo. Em uma das USF do GE, a equipe toda participou da intervenção anti-estigma, sendo assim, a pesquisadora não desenvolveu a etapa de construção de estratégias para lidar com o estigma nesta USF. Em outra USF do GE, ACS que não participaram da intervenção anti-estigma não tiveram interesse em participar da mencionada etapa. Em apenas uma USF do GE, houve a possibilidade de desenvolver grupos com ACS que não tinham participado da intervenção anti-estigma. Com relação às USF do GC, as três USF participaram da etapa de construção de estratégias para lidar com o estigma. O Quadro 2 abaixo apresenta as USF diferenciando a participação na intervenção anti-estigma e construção de estratégias para lidar com o estigma.

Quadro 2 - Diferenciação das Unidades de Saúde da Família participantes

USF	Intervenção anti-estigma (estudo randomizado)	Construção de estratégias para lidar com o estigma (presente estudo)
USF 1	Grupo experimental (GE)	Participou (ACS que não participaram da intervenção anti-estigma)
USF 2	Grupo controle (GC)	Participou
USF 3	Grupo controle (GC)	Participou
USF 4	Grupo controle (GC)	Participou

USF 5	Grupo experimental (GE)	Não participou
USF 6	Grupo experimental (GE)	Não participou

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Descrição dos encontros

A pesquisadora agendou reuniões presenciais com gerentes das USF a fim de apresentar a proposta dos encontros, verificar a viabilidade, planejar o cronograma e convidar os ACS para participarem. Assim, com o apoio dos gerentes, a pesquisadora agendou e desenvolveu os encontros nas quatro USF no período de um mês, de 05 de outubro a 03 de novembro de 2022.

A experiência do desenvolvimento desta etapa na primeira USF participante possibilitou à pesquisadora adequar o cronograma adaptando as cinco etapas da metodologia da problematização em três encontros com os ACS. Dessa forma, percebendo a exequibilidade da adaptação, foram realizados três encontros em cada uma das quatro USF. A duração total dos três encontros em cada USF foi de cinco horas. Na USF 1, os encontros aconteceram em sala reservada para reunião; na USF 2, em uma das salas dos ACS; na USF 3, em sala reservada para reunião; e na USF 4, em sala de atendimento disponibilizada por uma enfermeira. A adaptação da metodologia da problematização utilizada nos encontros está apresentada e descrita no Quadro 3 abaixo. Foi aplicado, também, um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra (APÊNDICE E), assim como o TCLE (APÊNDICE F).

Quadro 3 - Metodologia da problematização adaptada para o desenvolvimento da etapa de construção de estratégias para lidar com o estigma

Etapas – Metodologia da Problematização	Atividades desenvolvidas nas USF com os ACS
1º encontro: Observação da realidade e Identificação do problema	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos participantes e contextualização da pesquisa; • Apresentação dos objetivos dos encontros; • Apresentação dos resultados da etapa das entrevistas individuais; • Reflexão e discussão conjunta sobre os resultados apresentados e possíveis problemas relacionados ao cuidado em saúde mental;

<p>2º encontro: Levantamento dos pontos-chave e Teorização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Combinados para os próximos encontros. • Síntese das reflexões do primeiro encontro; • Pergunta disparadora para o levantamento de aspectos negativos com relação ao cuidado com as pessoas com transtorno mental no contexto da USF; • Reflexão e discussão conjunta sobre os conteúdos verbalizados; • Exposição dialogada de conteúdo teórico sobre o fenômeno do estigma na saúde mental; • Registro escrito produzido pelos ACS sobre os aspectos levantados a partir da pergunta disparadora.
<p>3º encontro: Proposição de hipóteses de solução e Aplicação à realidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das reflexões dos primeiros e segundo encontros; • Pergunta disparadora para o levantamento de aspectos positivos com relação ao cuidado com as pessoas com transtorno mental no contexto da USF; • Reflexão e discussão conjunta sobre os conteúdos verbalizados; • Registro escrito produzido pelos ACS sobre os aspectos levantados a partir da pergunta disparadora; • Apresentação do objetivo principal: Construção de estratégias para redução do estigma possíveis de implementação na APS; • Construção de ideias e planos de ações; • Fechamento.

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Análise dos dados

Os encontros foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos. Assim como a análise dos dados das entrevistas individuais, nesta etapa foi utilizada a análise temática de Braun e Clarke (2006), a fim de atingir o significado dos conteúdos produzidos nos encontros. No entanto, nesta etapa, os dados foram analisados em duas fases. Inicialmente, os dados dos encontros foram analisados individualmente, ou seja, cada USF foi analisada de forma única e separadamente. Esta estratégia de análise foi importante para reconhecer as particularidades e especificidades de cada USF para, posteriormente, identificar suas semelhanças e diferenças.

Nesse sentido, com as transcrições dos encontros, a pesquisadora realizou leituras e codificação das falas dos ACS de cada USF, identificou unidades de significado, interpretou as falas, construiu categorias temáticas e, tendo como base a metodologia e estrutura dos encontros, elaborou quadros explicativos para cada USF com a descrição e interpretação das atividades realizadas.

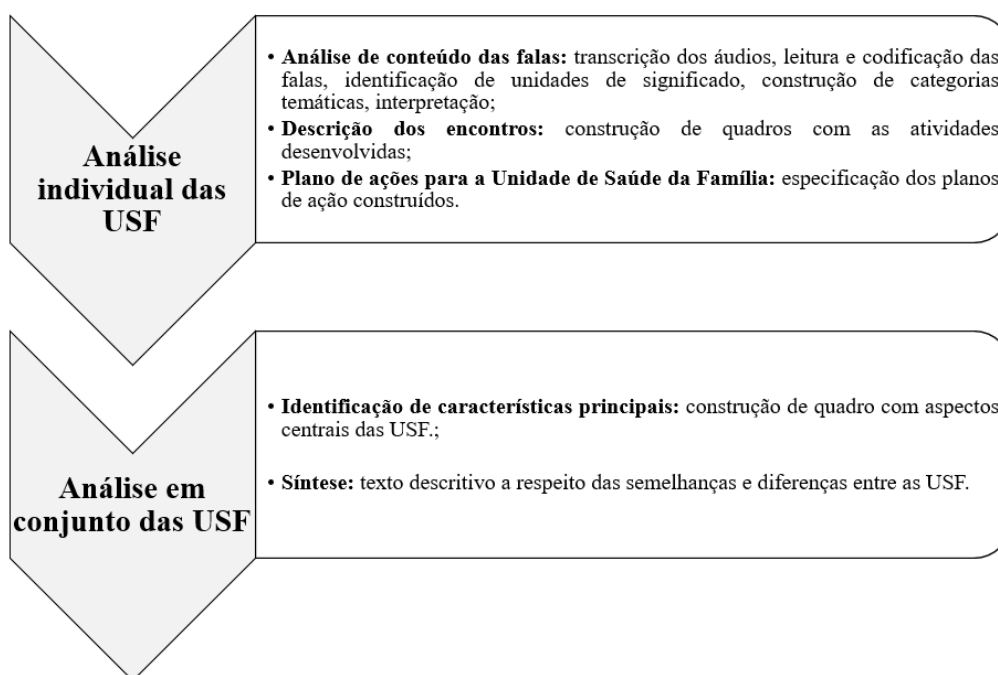
Ainda, como o objetivo principal desta etapa foi construir estratégias para a redução do estigma com relação às pessoas com transtorno mental, a

pesquisadora elaborou quadros descritivos a respeito dos planos de ações elaboradas pelos ACS para cada USF.

Com a finalização da análise individual das USF, a pesquisadora identificou suas características principais descrevendo-as em um quadro e realizou análise das quatro USF em conjunto de acordo com as categorias temáticas construídas, por meio de síntese descritiva. Esta estratégia de análise foi, também, importante, para identificar semelhanças e diferenças entre as USF.

A Figura 1 abaixo sintetiza as fases de análise dos dados desta etapa do estudo.

Figura 1 - Processo de análise dos dados da terceira etapa do estudo.



Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Nesse sentido, este estudo contou com três etapas de coleta de dados a fim de atender aos objetivos propostos. O Quadro 4 abaixo sintetiza os objetivos do estudo, com suas respectivas etapas e instrumentos de coleta de dados.

Quadro 4 – Síntese do método do estudo.

Objetivo geral: Construir, em conjunto com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estratégias de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental possíveis de implementação na Atenção Primária à Saúde.		
Objetivos específicos	Etapas do estudo	Instrumentos de coleta de dados
1. Identificar atitudes estigmatizantes de ACS com relação às pessoas com transtorno mental;	Aplicação da OMS-HC	Questionário sociodemográfico e Escala <i>Opening Minds</i> para profissionais de saúde (OMS-HC)
2. Analisar a percepção de ACS sobre as pessoas com transtorno mental, sobre suas atitudes com relação a essas pessoas e sobre como eles se veem no processo de integralidade do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde;	Entrevistas individuais	Questionário sociodemográfico e roteiro semi-estruturado
3. Elaborar ações para a redução do estigma com relação às pessoas com transtorno mental.	Construção de estratégias para lidar com o estigma	Questionário sociodemográfico e metodologia da problematização

4. 1 Primeira etapa: Aplicação da escala OMS-HC

Participaram da primeira etapa do estudo 88 ACS, sendo a maioria do gênero feminino. Três USF tiveram maior participação dos ACS, sendo as USF 2, 4 e 5. Das seis USF participantes, a maioria dos ACS não tinha ensino superior e nenhuma formação complementar. A maioria conhecia alguém próximo com transtorno mental e quase metade tinha experiência pessoal com transtorno mental. Os dados estão apresentados na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde participantes

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	79	89.8%
Masculino	9	10.2%
Unidade de Saúde da Família		
1	8	9.1%
2	25	28.4%
3	13	14.8%
4	18	20.5%
5	15	17.0%
6	9	10.2%
Ensino Superior		
Sim	9	10.2%
Não	79	89.8%
Formação Complementar*		
Sim	2	2.4%
Não	80	97.6%
Conhece alguém com transtorno mental		
Sim	67	76.1%
Não	21	23.9%
Experiência pessoal com transtorno mental		
Sim	41	46.6%
Não	47	53.4%

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

*Seis participantes com respostas omissas no sistema.

Conforme a Tabela 2 abaixo, a idade média dos ACS nesta etapa do estudo foi de 46 anos. O tempo médio de atuação profissional foi de 12,4 anos (149 meses) e o tempo médio de atuação na ocupação de ACS foi de 12,9 anos (155 meses). Os ACS atuavam em suas respectivas USF em tempo médio de 8,8 anos.

Tabela 2 - Resultados de acordo com idade, tempo de atuação profissional, tempo de atuação na ocupação e tempo de atuação na USF

Variáveis	Agente Comunitário de Saúde					
	N	Média	Mediana	Desvio		
Padrão				Mín.	Máx.	
Idade	87	46	45	10	19	66
Tempo de atuação profissional	87	149	115	81	36	240
Tempo de atuação na ocupação/função	88	155	180	74	1	240
Tempo de atuação na USF	86	106	87	79	1	237

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

A Tabela 3 abaixo apresenta, de forma descritiva, a quantidade em cada tipo de resposta dada pelos ACS em cada item da escala OMS-HC. Observa-se que, no fator Divulgação, a maioria discordou que não revelaria aos colegas caso estivesse em tratamento para um transtorno mental e concordou que contaria para os amigos caso tivesse algum transtorno mental. No fator Desejo de distância social, os dados revelaram que a maioria dos ACS concordou em trabalhar com pessoas com transtorno mental e que pessoas com transtorno mental devem ser contratadas para trabalhar, assim como a maioria concordou que seria consultado por médico com transtorno mental e que moraria ao lado de pessoas com transtorno mental.

Nos itens do fator Atitudes, a maioria dos ACS discordou que relutaria em buscar ajuda se tivesse transtorno mental e que se consideraria fraco por ter um transtorno mental, discordou que tem reações negativas e dificuldade em sentir compaixão por pessoas com transtorno mental e, em relação ao item de se sentir mais confortável ajudando uma pessoa com doença física do que com transtorno mental, apesar do tipo de resposta “não concordo nem discordo” ter sido próxima do “discordo”, a prevalência foi de discordância, se somado ao item “discordo plenamente”.

Em relação ao fator Visão negativa, a maioria discordou que não pode ajudar muito pessoas com transtorno mental e que profissionais da saúde não precisam defender pessoas com transtorno mental. Ainda, os ACS, em sua maioria, discordaram que pessoas com transtorno mental não se esforçam para melhorar, discordando também no item sobre a medicação como o melhor tratamento. O item sobre pessoas com transtorno mental trabalharem com crianças foi o único em que a maioria dos ACS não concordou nem discordou.

Tabela 3 - Respostas dos Agentes Comunitários de Saúde em cada item da escala OMS-HC

Itens da OMS-HC	Tipo de resposta	N	%
Fator 1: Divulgação			
1. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria a nenhum dos meus colegas.	1 Discordo plenamente	21	23,9%
	2 Discordo	41	46,6%
	3 Não concordo nem discordo	14	15,9%
	4 Concordo	9	10,2%
	5 Concordo plenamente	3	3,4%
2. Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos.	1 Concordo plenamente	21	23,9%
	2 Concordo	44	50,0%
	3 Não concordo nem discordo	11	12,5%
	4 Discordo	11	12,5%
	5 Discordo plenamente	1	1,1%
Fator 2: Desejo de Distância Social			
3. Se um colega com quem eu trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ ela da mesma forma.	1 Concordo plenamente	18	20,5%
	2 Concordo	54	61,4%
	3 Não concordo nem discordo	3	3,4%
	4 Discordo	10	11,4%
	5 Discordo plenamente	3	3,4%
4. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental controlado caso ela/ ele seja a melhor pessoa para o trabalho.	1 Concordo plenamente	11	12,5%
	2 Concordo	55	62,5%
	3 Não concordo nem discordo	18	20,5%
	4 Discordo	3	3,4%
	5 Discordo plenamente	1	1,1%
5. Eu iria a um médico mesmo sabendo que ele já foi tratado de um transtorno mental.	1 Concordo plenamente	9	10,3%
	2 Concordo	44	50,6%
	3 Não concordo nem discordo	22	25,3%
	4 Discordo	10	11,5%
	5 Discordo plenamente	2	2,3%
6. Eu não me importaria se uma pessoa com um transtorno mental morasse ao lado da minha casa.	1 Concordo plenamente	15	17,0%
	2 Concordo	45	51,1%
	3 Não concordo nem discordo	11	12,5%
	4 Discordo	10	11,4%
	5 Discordo plenamente	7	8,0%
Fator 3: Atitudes			
7. Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.	1 Discordo plenamente	25	28,7%
	2 Discordo	38	43,7%
	3 Não concordo nem discordo	10	11,5%
	4 Concordo	13	14,9%
	5 Concordo plenamente	1	1,1%

continua...

Itens da OMS-HC	Tipo de resposta	N	%
8. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física do que ao ajudar uma pessoa com um transtorno mental	1 Discordo plenamente	15	17,0%
	2 Discordo	25	28,4%
	3 Não concordo nem discordo	23	26,1%
	4 Concordo	20	22,7%
	5 Concordo plenamente	5	5,7%
9. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse lidar.	1 Discordo plenamente	17	19,3%
	2 Discordo	33	37,5%
	3 Não concordo nem discordo	19	21,6%
	4 Concordo	18	20,5%
	5 Concordo plenamente	1	1,1%
10. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação às pessoas que têm transtorno mental.	1 Discordo plenamente	28	31,8%
	2 Discordo	40	45,5%
	3 Não concordo nem discordo	14	15,9%
	4 Concordo	5	5,7%
	5 Concordo plenamente	1	1,1%
11. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental.	1 Discordo plenamente	31	35,2%
	2 Discordo	45	51,1%
	3 Não concordo nem discordo	8	9,1%
	4 Concordo	3	3,4%
	5 Concordo plenamente	1	1,1%
Fator 4: Visão Negativa			
12. Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com transtorno mental.	1 Discordo plenamente	12	13,6%
	2 Discordo	41	46,6%
	3 Não concordo nem discordo	14	15,9%
	4 Concordo	20	22,7%
	5 Concordo plenamente	1	1,1%
13. Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar.	1 Discordo plenamente	13	14,8%
	2 Discordo	35	39,8%
	3 Não concordo nem discordo	28	31,8%
	4 Concordo	10	11,4%
	5 Concordo plenamente	2	2,3%
14. O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação.	1 Discordo plenamente	9	10,2%
	2 Discordo	31	35,2%
	3 Não concordo nem discordo	28	31,8%
	4 Concordo	17	19,3%
	5 Concordo plenamente	3	3,4%
15. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que o transtorno estivesse apropriadamente controlado.	1 Discordo plenamente	5	5,7%
	2 Discordo	23	26,1%
	3 Não concordo nem discordo	33	37,5%
	4 Concordo	25	28,4%
	5 Concordo plenamente	2	2,3%
16. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental.	1 Discordo plenamente	18	20,5%
	2 Discordo	28	31,8%
	3 Não concordo nem discordo	24	27,3%
	4 Concordo	18	20,5%
	5 Concordo plenamente	0	0,0%
Total		88	100%

conclusão

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

A escala OMS-HC tem um escore que varia de 16 a 80 (quanto mais próximo de 16, menor o estigma, e quanto mais próximo de 80, maior o estigma). No presente estudo, o escore total da OMS-HC foi de 37,89, revelando menor nível de estigma, conforme apresentado na Tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - Resultado geral da escala OMS-HC

Escala OMS-HC	Agentes Comunitários de Saúde
Fator 1: Divulgação	4,4
Fator 2: Desejo de Distância Social	9,21
Fator 3: Atitudes	11,16
Fator 4: Visão Negativa	13,11
Escore Total (16 itens)	37,89

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

4.2 Segunda etapa: Entrevistas individuais

Caracterização sociodemográfica

Nesta segunda etapa do estudo, do total de participantes (n=44), 84.1 % eram do gênero feminino e a maioria está na faixa etária dos 49 aos 59 anos (35.6%). Metade declarou ter Ensino Superior Completo (50%). A maioria dos ACS era das USF 2 e 4. 43.2% atuam nas USF participantes há mais de 10 anos e metade atua no cargo de ACS há mais de 10 anos. Os dados estão apresentados na Tabela 5 abaixo.

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	37	84.1
Masculino	7	15.9
Idade		
27-37	11	25.3
38-48	11	25.3
49-59	16	35.6
60-69	6	13.8
Escolaridade		
Ensino Médio Incompleto	2	4.5
Ensino Médio Completo	13	29.6
Ensino Superior Incompleto	7	15.9
Ensino Superior Completo	22	50
Unidade de Saúde da Família		
USF 1	2	4.5
USF 2	11	25.0
USF 3	4	9.1
USF 4	11	25.0
USF 5	8	18.2
USF 6	8	18.2
Tempo de atuação na USF		
Menos que 1 ano	7	16
De 1 a 10 anos	18	40.8
Mais que 10 anos	19	43.2
Tempo de atuação como ACS*		
Menos que 1 ano	5	11.4
De 1 a 10 anos	14	27.3
Mais que 10 anos	22	50
Total	44	100

Fonte: Elaboração própria dos pesquisadores.

*Três participantes com respostas omissas no sistema.

Categorias temáticas

Foram identificadas duas categorias temáticas e cada uma delas teve três subcategorias, conforme apresentado no Quadro 5 abaixo.

Quadro 5 - Categorias e subcategorias temáticas

<p>1. As pessoas com transtorno mental e o olhar do agente comunitário de saúde</p>	<p>1. As pessoas e os transtornos mentais: entre limitações e potencialidades</p> <p>2. Estigma nas entrelinhas de seus elementos</p> <p>3. Impacto do estigma e sua internalização: experiências e sentimentos</p>
<p>2. Os agentes comunitários de saúde e o cuidado em saúde mental</p>	<p>1. O lugar dos agentes comunitários de saúde: papéis, funções e atuações</p> <p>2. Recursos de enfrentamento: atitudes individuais e possibilidades de ações</p> <p>3. Reações emocionais e limitações no cuidado com as pessoas com transtorno mental</p>

Fonte: Elaboração própria dos pesquisadores.

Categoria 1 - As pessoas com transtorno mental e o olhar do agente comunitário de saúde

Esta categoria apresenta as percepções que os ACS têm sobre as pessoas com transtorno mental, por meio de três subcategorias temáticas. A primeira subcategoria aborda percepções gerais sobre como são as pessoas com transtorno mental e como os transtornos mentais impactam na vida. A segunda subcategoria identifica estigma nas percepções dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental e a terceira subcategoria revela percepções sobre a internalização do estigma público entre as pessoas com transtorno mental.

Subcategoria 1 - As pessoas e os transtornos mentais: entre limitações e potencialidades

Nesta subcategoria, as percepções dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental foram expressas por meio de aspectos negativos, mas são aspectos que não, necessariamente, revelam estigma em suas falas. ACS identificaram, também, aspectos positivos relacionados às pessoas com transtorno mental, reconheceram a existência de diferentes tipos de transtornos mentais e variações do impacto na vida de acordo com a intensidade dos sintomas e perceberam que os transtornos mentais se configuram como condição próxima e frequente na vida de qualquer pessoa.

Com relação aos aspectos negativos, as percepções foram aliadas às ideias e imagens que representam pensamentos e sentimentos ruins em relação à vida. As pessoas com transtorno mental foram reconhecidas como pessoas tristes, sem ânimo, que perdem a vontade de viver e que não conseguem reagir de forma positiva.

Ah eu acho que passa sempre um pouco daquele estereótipo né, eu acho que a pessoa começa a lamentar, sempre alguém triste, alguém com uma vida difícil, uma coisa meio desanimadora assim... É o que passa primeiro na minha cabeça. (ACS 1)

Algumas vezes eu percebo eles perdidos sabe... Uma vez, uma paciente me disse que ela não tinha vontade de acordar mais. Então não tem vontade de viver, não sente vontade de viver, muita tristeza, abandono... É o que eu percebo. (ACS 16)

Uma pessoa confusa, né!? Tudo para ela, nada tem sentido na vida, perde todo o sentido, não tem vontade de fazer nada, é complicado a pessoa com transtorno mental, né?! Ela não tem reação para nada, quer ficar escondida, não quer conversa. Então, essa é a experiência que eu tenho com algumas pessoas. (ACS 5)

Ah, eu acho que quando se fala de pessoa depressiva, triste, com transtorno... Transtorno, principalmente, já pensa na pessoa maluca, numa camisa de força ou uma pessoa que está sempre triste, sempre para baixo... Acho que é isso que vem na minha cabeça. (ACS 21)

Houve a percepção de que para conseguirem viver o mais próximo possível da “normalidade”, as pessoas com transtorno mental necessitam de tratamento e dependem de medicação. Na percepção dos ACS, não é sempre que

as pessoas conseguem aderir ao tratamento, e a ausência da medicação pode provocar a desistência da vida.

É uma pessoa bem assim... Problema sério de cabeça e quando ela não usa remédio, ela fica bem triste, bem desanimada. Uma pessoa que às vezes desiste de viver. Eu acho que é muito triste. Muito triste. Porque fica dependendo de remédio muito forte. Tem horas que parece que não vive, só fica em função do remédio. (ACS 36)

Ai eu... Pelo o que a gente sabe, assim, é uma vida, desde que a pessoa esteja em tratamento, é uma vida... Quer dizer... Paciente quando tá fazendo tratamento é uma vida normal. Paciente medicado, que tá orientado, uma vida normal. Agora, a gente sabe que tem muita gente que tem resistência, né?
(ACS 34)

Nessa perspectiva, ACS afirmaram que pessoas com transtorno mental necessitam de cuidados especiais, pois a existência de um transtorno mental implica reações emocionais e comportamentos que se destacam e que precisam de mais atenção, tanto nos espaços de saúde, quanto no âmbito familiar.

Uma pessoa que necessita de mais cuidados, porque... Medicação, em todos os sentidos, pois requer mais cuidados que uma pessoa que não tem nenhum transtorno. Tem que ter um pouco mais de cuidado, perante a gente sendo profissional ou a família. (ACS 12)

São pessoas que acho que são especiais, que tem algum tipo de limitação ou que não consegue lidar com alguma coisa, são pessoas normais, né, só um pouco mais sensíveis, menos tolerante, acho que é isso. (ACS 20)

ACS compartilharam sobre os diferentes tipos e graus de transtornos mentais e intensidade dos sintomas, indicando que os comportamentos das pessoas possuem variações, ou seja, não é sempre que as pessoas não estão bem, assim como há momentos em que a vida fica comprometida, com prejuízos significativos. Ainda, um ACS mencionou que as pessoas às vezes confundem sentimentos passageiros e naturais, como a tristeza, com depressão, e que é muito importante reconhecer essa diferença.

Eu acho que depende muito do grau da doença que a pessoa está vivendo no momento. Acho que a maioria delas até consegue ter uma rotina normal, mas tem alguns casos, quando está em uma fase aguda, acho que a pessoa acaba perdendo a vida, assim, no sentido de não conseguir fazer nada, não conseguir viver. (ACS 31)

Saúde mental pode ser quem toma um Diazepam, como quem toma uma droga perigosa, pesada. Pode ser aquele bonzinho, como pode ser um paciente mais agressivo... Então vai do mínimo ao máximo. (ACS 17)

Olha, dependendo do grau, se sentem muito mal, tá, dependendo do grau, porque assim, a gente tem coisa que é leve, às vezes assim, a pessoa confunde o que é depressão e o que é tristeza e às vezes fala, assim, que

está depressivo, mas é só uma tristeza, por algum motivo tal, mas não pode ser encarado sem um diagnóstico médico. (ACS 4)

ACS expressaram, também, suas crenças e percepções por uma perspectiva positiva com relação às pessoas com transtorno mental. Eles destacaram que algumas pessoas, se estiverem em tratamento, podem se desenvolver e descobrir diferentes capacidades e habilidades. No entanto, é necessário que as pessoas com transtorno mental tenham oportunidades para reconhecerem o que gostam de fazer.

Muitos têm, mas tem outros que não... É como se fosse uma criança que não cresceu e não vai crescer... Mas tem uns que têm uma vida sim, praticamente normal dependendo do tratamento que ela tiver. Mas ela não pode deixar de fazer o seu tratamento, porque ela deixa de ser uma pessoa normal. (ACS 12)

Uns eu acho que têm capacidade de ler, de escrever, outros de pintar. Igual, tem umas aqui que a gente vê o que elas pintam, o que elas desenham... E outras a gente vê que não têm estrutura pra nada, que não faz nada, que não tem como fazer. (ACS 10)

Embora a pessoa demonstra ter um transtorno, mas, às vezes, eles têm o lado positivo que, às vezes, é tentar descobrir o que você gosta de fazer... Um gosta de cuidar de animal, outro gosta de cozinhar, né, outro gosta de... De fazer crochê, trabalho manual, né!? Então é falta de ocupar, é um trabalho ocupacional para passar para a pessoa para não ficar esse vazio tomando conta deles, mas para ele se sentir valorizado, mostrar o que sabe fazer, né, é isso que eu entendo. (ACS 14)

ACS revelaram, também, que as pessoas com transtorno mental não têm suas potencialidades reconhecidas e valorizadas, e a principal característica positiva que os ACS associaram às pessoas com transtorno mental foi a inteligência.

São pessoas com potencial muito grande. São pessoas muito inteligentes, muito espertas, são pessoas que precisam ser mais estimuladas. Eu acho que tudo isto né, toda esta capacidade que eles têm e que acaba não sendo canalizada da forma correta, acaba gerando um... Um transtorno, uma ansiedade, uma crise mais forte do que ela realmente é. São pessoas extremamente capazes de fazerem qualquer coisa, desempenhar qualquer função. (ACS 8)

Essa que eu tô citando, ela é muito inteligente! Ela tem muita capacidade de fazer muita coisa, só não tem oportunidade. (ACS 2)

Eu acho que eles são inteligentes, acho que eles conseguem, é... Algumas coisas relacionadas a eles... Alguns que eu vejo, são bons para internet, tem essa facilidade. (ACS 39)

Outro aspecto compartilhado pelos ACS foi com relação ao fato de que os transtornos mentais estão mais presentes e próximos das pessoas do que elas

podem imaginar, principalmente nos dias atuais. Na percepção dos ACS, a experiência de conviver com transtorno mental foi intensificada no contexto da pandemia de Covid-19, revelando que qualquer pessoa pode, em algum momento da vida e dependendo da situação, desenvolver algum tipo de transtorno mental.

Transtorno mental é algo muito mais próximo da gente né, do que as pessoas imaginam. A gente olha como se fosse algo distante e não vai chegar perto. E hoje, principalmente depois desta pandemia, a gente vê o número de pessoas que têm procurado atendimento, porque estão sofrendo com ansiedade, com depressão, é... Pânico... Tem aumentado muito. (ACS 8)

Eu acho que hoje quase todo mundo tem um transtorno mental, porque a maioria das pessoas tem depressão, a maioria das pessoas tem ansiedade, pelo menos um pouco de ansiedade tem. Então eu acho que todo mundo tem um transtorno mental. (ACS 26)

As pessoas com transtorno mental, portanto, possuem características e desenvolvem sintomas que causam sofrimento e prejuízo em suas vidas quando nenhum tratamento é oferecido ou seguido. Nesta subcategoria, o tratamento se limitou ao uso contínuo de medicamento, evidenciando que, se interrompido, as pessoas com transtorno mental não conseguem viver e progredir em suas potencialidades. Ainda, a percepção de que transtornos mentais estão cada vez mais presentes na vida das pessoas possibilita refletir sobre a importância de identificar de forma precoce e ampliar o acesso ao cuidado, mas também, sobre a compreensão com relação aos diagnósticos de transtorno mental e quais cuidados podem ser implementados, especialmente no contexto da APS, nível de atenção no qual se encontra os ACS.

Subcategoria 2: Estigma nas entrelinhas de seus elementos

Esta subcategoria apresenta as percepções dos ACS sobre as pessoas com transtorno mental demonstrando, principalmente, dois elementos que compõem o estigma, a rotulação e o estereótipo. A atribuição de características associadas com crenças negativas esteve presente por meio de falas classificando as pessoas com transtorno mental como pessoas diferentes, dependentes, improdutivas, imprevisíveis, prejudiciais, manipuladoras e sem sentimentos.

ACS revelaram que pessoas com transtorno mental possuem algo diferente, como algumas características que as diferenciam das pessoas que não

têm transtorno mental. O reconhecimento dessas diferenças ocorre por meio de um destaque negativo, e esse destaque provoca dificuldades e problemas na vida das pessoas com transtorno mental. O “incomum” identificado e não aceito socialmente aproxima-se, assim, do fenômeno do estigma.

Então assim, a minha visão de uma pessoa que tem algum problema de saúde mental, é que alguma coisa nela se sobressai... E não por uma coisa, assim, “nossa olha como ela tá trabalhando, ela tá se esforçando, ou então ela tá estudando né”. (ACS 13)

Eu imagino uma pessoa fora do padrão comum, vamos dizer assim, né?! Umás mais agitadas, outras mais retraídas, depende, né?! (ACS 22)

Vixi, alguma dificuldade para lidar com determinadas coisas da vida. Na verdade, eu acho que a pessoa... Na verdade, ela não tem respostas que a gente esperava que ela tivesse, é algo que é considerado como normal, né, e aí a pessoa ela age um pouco diferente, né!? E aí nesse agir diferente ela pode ou não, às vezes, acarretar, também, algum problema para outras pessoas ao redor dela ou para ela também. (ACS 44)

Uma ACS classificou as pessoas com transtorno mental como pessoas dependentes, manifestando a dificuldade que elas têm ao lidar com a própria condição e a própria vida. A ACS demonstrou dificuldade de se expressar para dizer que as pessoas com transtorno mental não conseguem ter autonomia na vida.

São pessoas que... Elas... Elas não... Não dão conta assim é... Como que eu vou falar? Deixa eu achar uma palavra... Elas não dão conta de si mesmas. São pessoas que dependem de outras, na maioria das vezes. (ACS 2)

A falta de independência também esteve presente em falas em que os ACS associaram as pessoas com transtorno mental com improdutividade, pois, por dependerem de outras pessoas, são incapazes de produzir, de trabalhar e de se relacionar. Na percepção dos ACS, ser improdutivo interfere na liberdade das pessoas com transtorno mental, causando sofrimento não apenas para si, mas também para a família.

Difícil, tanto pra eles quanto pra família, porque são pessoas que não conseguem fazer as atividades normais, não conseguem ser produtivas, às vezes não conseguem trabalhar... Que eu conheço, nenhuma deles consegue trabalhar, então assim, a vida é muito difícil e a família sofre muito, sofre todo mundo, quem convive com eles sofre, vizinho sofre. (ACS 7)

Às vezes ela não tem habilidade para determinada conversa, determinado tipo de atitude, eu não vejo ela produzir algo naquele sentido, parece que tem algo tolhendo a liberdade, tolhendo a fala. (ACS 17)

Outro rótulo com relação às pessoas com transtorno mental foi a imprevisibilidade, no sentido de agir de forma inesperada. ACS compartilharam que

a ausência de controle sobre as emoções e comportamentos pode causar riscos e prejuízos para si mesmas e para os outros. Nesse aspecto, uma ACS associou a imprevisibilidade com momentos de crise, violência e agressão.

Eu fico imaginando que a pessoa não tem um controle, né, sobre ela mesma. Então é muito complicado, porque ela não responde pelos atos. A qualquer momento, você está conversando numa boa, ela pode se transformar... Já vi isso também. Não comigo, mas com familiar. Às vezes uma palavra muito brusca... Por isso é muito difícil essas pessoas serem inseridas na sociedade, ter um trabalho... Porque a qualquer momento, se ela não tratar, é mesmo uma bomba relógio. (ACS 30)

Porque essas pessoas surtadas fazem o que querem e pra elas pegarem nessa hora que estão sem consciência, pegar uma tesoura e matar alguém não custa nada. (ACS 6)

ACS expressaram, também, a ideia de que pessoas com transtorno mental, quando não estão em tratamento, tornam-se perigosas e acabam prejudicando outras pessoas devido às consequências dos sintomas. Uma ACS exemplificou que pessoas com esquizofrenia, se não receberem cuidado, ficam agressivas. Ainda, houve o relato de que pessoas com transtorno mental são pessoas manipuladoras e, também, desprovidas de sentimentos.

Uma pessoa com transtorno mental prejudica muita gente que está em torno. O problema mental dela atrapalha muita gente, causa muito problema, por isso, acho que tem que ir tratando sim, não pode deixar não [...] Vejo muito caso de esquizofrenia que a pessoa fica agressiva, que é perigoso e quando tá controlado tudo caminha bem, depende da forma como você olha a doença e você cuida, porque também se não cuidar fica muito ruim pra quem convive, eu acho que tem que tá sempre em cima cuidando. (ACS 6)

Eles falam, se comunicam bem, conseguem enganar as pessoas bem, conseguem o que eles querem, a grande maioria, pelo menos esses que convivem na sociedade. (ACS 6)

Tem aqueles que se mascaram, aqueles que manipulam... De alguma forma, elas também manipulam, como eu te disse, por isso que eu não tenho feeling. Saúde mental é uma coisa muito complexa para mim. (ACS 17)

Elas não sentem. Isso eu tenho certeza. Elas não sentem, não têm sentimentos. (ACS 5)

Percebe-se que o estigma ocorre nas entrelinhas das falas por meio de palavras que reduzem as capacidades das pessoas com transtorno mental. As percepções foram associadas, principalmente, às situações em que as pessoas com transtorno mental estão com os sintomas em evidência, ou mesmo em situações de crise. No entanto, são percepções que influenciam nas atitudes e práticas de

cuidado, reduzindo as possibilidades de os ACS acreditarem nas capacidades e nas chances de recuperação das pessoas com transtorno mental.

Subcategoria 3: Impacto do estigma e sua internalização: experiências e sentimentos

Nesta subcategoria, as percepções dos ACS sobre a forma como as pessoas com transtorno mental se sentem aproximaram-se do conceito do estigma internalizado, que se refere à compreensão e concordância da pessoa com transtorno mental com as características que lhe são atribuídas, aplicando-as a si mesma. Nesse sentido, ACS compartilharam como imaginam que as pessoas com transtorno mental se sentem e vivenciam as consequências de ter um transtorno mental.

Com influência do estigma público, no qual características consideradas diferentes ou ruins associam-se com crenças negativas fortalecendo preconceito, distanciamento e discriminação, as pessoas com transtorno mental podem vivenciar o fenômeno do auto-estigma. Na percepção dos ACS, sentimentos de incapacidade, impotência e desvalorização ocorrem devido às barreiras sociais que as pessoas com transtorno mental precisam enfrentar.

Eu acho que eles se sentem assim, desvalorizados, porque, às vezes, como já disse, falta oportunidade, e eles mesmos acabam se discriminando, não se socializa, né!? Então eles ficam lá no mundinho deles e têm até receio de procurar, de tirar alguma dúvida, algum esclarecimento... Falta, assim, um entrosamento. O medo, a desconfiança que impede eles, até mesmo na unidade, de ser bem recebido. (ACS 14)

Às vezes tem umas que não se sente valorizada não. Acha que porque ela tem problema os outros vai discriminar. (ACS 40)

Olha é difícil, para mim é difícil ver isso porque esse tipo de doença debilita muito a pessoa, então ela se sente impotente, se sente não capaz de fazer as coisas, e o que é capaz da gente ver é que ela se vê incapaz de fazer as coisas e aí procura ajuda. (ACS 4)

Esses sentimentos, na perspectiva dos ACS, colocam as pessoas com transtorno mental em posição de inferioridade, impactando de forma negativa sua autoestima, conforme foi compartilhado.

São mais vulneráveis e a maioria delas tem a autoestima muito baixa. (ACS 30)

Ah, eu acho que sim! Mas é pela condição que ela tá no momento, assim, talvez vê as coisas de uma forma mais negativa, não sei sabe!? Eu acho que isso acaba interferindo, assim, na autoestima, e etc, sabe!? (ACS 43)

ACS compartilharam que as pessoas com transtorno mental geralmente vivenciam dificuldades de aceitação da própria condição emocional, sentem vergonha em pedir ajuda e, muitas vezes, não buscam ajuda profissional para seu sofrimento.

Acho que elas vivem, assim, em um constrangimento, né? Porque às vezes querem comunicar com a pessoa, mas não têm aquele ânimo de comunicar, de falar o que elas sentem... Até mesmo para uma consulta, que elas querem ir, mas não tem aquela vontade de ir, perdem a consulta. Igual eu repeti no que eu falei, querem ficar em casa, querem ficar só no mundo delas, no momento deles, né!? Acho que eles precisam de um pouco de ajuda, de... de.... né?! Incentivação, essas coisas, né?! (ACS 32)

Essa dificuldade em buscar ajuda foi interpretada pelos ACS, principalmente, em decorrência da incompreensão que as pessoas com transtorno mental possuem com relação a sua condição emocional e seus problemas, pois nem sempre há o reconhecimento de que suas fragilidades podem configurar um transtorno mental. Uma ACS abordou a falta de aceitação que as pessoas têm consigo mesmas informando que existe, ainda, o entendimento de que quem precisa de psiquiatra é louco, reforçando, assim, a estigmatização.

Uma pessoa com dificuldade de se entender... Em primeiro lugar, o transtorno dela não consegue entender e automaticamente ela não entende os outros... [...] Porque acha que ninguém quer ajudar, porque acha que ninguém entende o que ela tá sentindo... Nem ela sabe o que ela tá sentindo, nem ela sabe que aquilo é um transtorno. Ela acha que é uma outra coisa, mas ela não acha que é um transtorno psiquiátrico, ela não acredita nisso. (ACS 11)

Não aceita, que não é doída, no transtorno mental, muitas vezes, a pessoa acha que ela é louca, a pessoa não é louca, ela tem aquele problema, ela raciocina de outra forma, às vezes, nem raciocina, e ir no psiquiatra para eles é como se fosse louco, não é, é uma compreensão muito errada. (ACS 5)

ACS compartilharam, também, o quanto as pessoas com transtorno mental sofrem preconceito, pois os olhares, das pessoas de forma geral, são contaminados por julgamentos, cobranças, incompreensão, rotulação e discriminação. Uma ACS demonstrou seu incômodo com relação às falas motivacionais que responsabilizam unicamente a pessoa que está em sofrimento mental por sua recuperação. A fala de outra ACS complementa essa percepção, revelando que o sofrimento, como consequência do estigma, é intenso na vida das

pessoas com transtorno mental e que a ausência de rede de apoio dificulta ainda mais o processo de recuperação.

As pessoas que têm transtorno elas sofrem muito preconceito, porque de uma forma ou de outra, no final, o que o outro quer dele é aquele padrão de estar. Então, sempre no final de uma conversa, ou de um aconselhamento, vamos dizer que para uma pessoa deprimida, uma conversa para motivar no final sempre vem a cobrança: “você tem, você pode, é só você querer”. Então até a própria fala também eu acho que é com preconceito, porque eu acho que nem tudo depende da pessoa, porque tem cérebro ali trabalhando e depende dele também. (ACS 23)

Ah... Não se sentem bem. Se sentem isolados, têm medo de relacionamentos, medo de fazer amizade. Eles se sentem solitários... Na minha opinião, eles são solitários... Às vezes você pensa que não, mas eles sofrem. Eu vejo um sofrimento muito grande, pois eles não têm forças para sair disso sozinhos... Precisam de ajuda, são doentes. (ACS 39)

Nesse cenário caracterizado por sofrimento, julgamento, solidão e exclusão, ACS reafirmam a força do preconceito e da discriminação na vida das pessoas com transtorno mental. Rótulos são frequentes em diferentes espaços, inclusive em contextos de saúde, intensificando o processo do estigma e do auto-estigma.

Muitas vezes as pessoas são taxadas de o chato, o chorão, o frescurento... Os preconceitos estão interiorizados nas pessoas. (ACS 1)

Você vê que a pessoa está em sofrimento, por isso que às vezes a gente fica preocupada, que às vezes a fala da pessoa é muito chocante, no sentido da pessoa falar o tanto que dói. Acho que mais isso, porque eles sentem, acho que sentem mais do que a gente a discriminação. Às vezes a gente nem tá discriminando e eles pensam que sim, têm uma certa vergonha depois do acontecido, sentem culpa sim, por não ter conseguido se controlar no surto, ficam agressivos, muitos dos meus pacientes têm isso. (ACS 20)

Por outro lado, uma ACS apontou percepções que caminham na contramão do imaginário de sofrimento que é relacionado às pessoas com transtorno mental. A ACS destacou que o fato de ter um transtorno mental não implica em prejuízo na vida da pessoa ou que isso possa gerar algum sofrimento, visto que, segundo ela, pessoas com transtornos mentais não sofrem. Sua fala destaca que o sofrimento só ocorre nos que estão ao redor. O outro aspecto que a ACS expressou foi com relação à diferenciação entre ter preconceito e não ter conhecimento, ressaltando, também, que muitas pessoas até arriscam a própria vida ao lidar com pessoas com transtorno mental, apenas para mostrarem que não são preconceituosas.

Eu acho que é ótima, a vida de quem tem o transtorno é ótima! O duro é a vida de quem está em volta (risos). Na verdade, eu acho que quem tem o

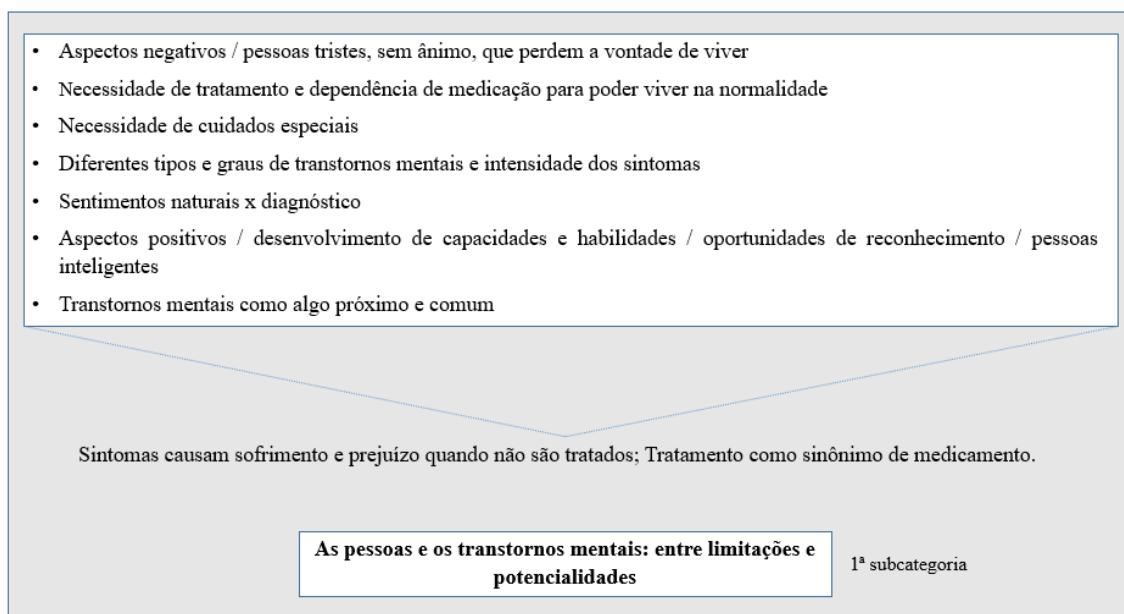
transtorno não sofre, eu acho que tem uma vida boa, não tem uma vida ruim, a não ser que está surtada, né, que já começa a dormir na rua. (ACS 6)

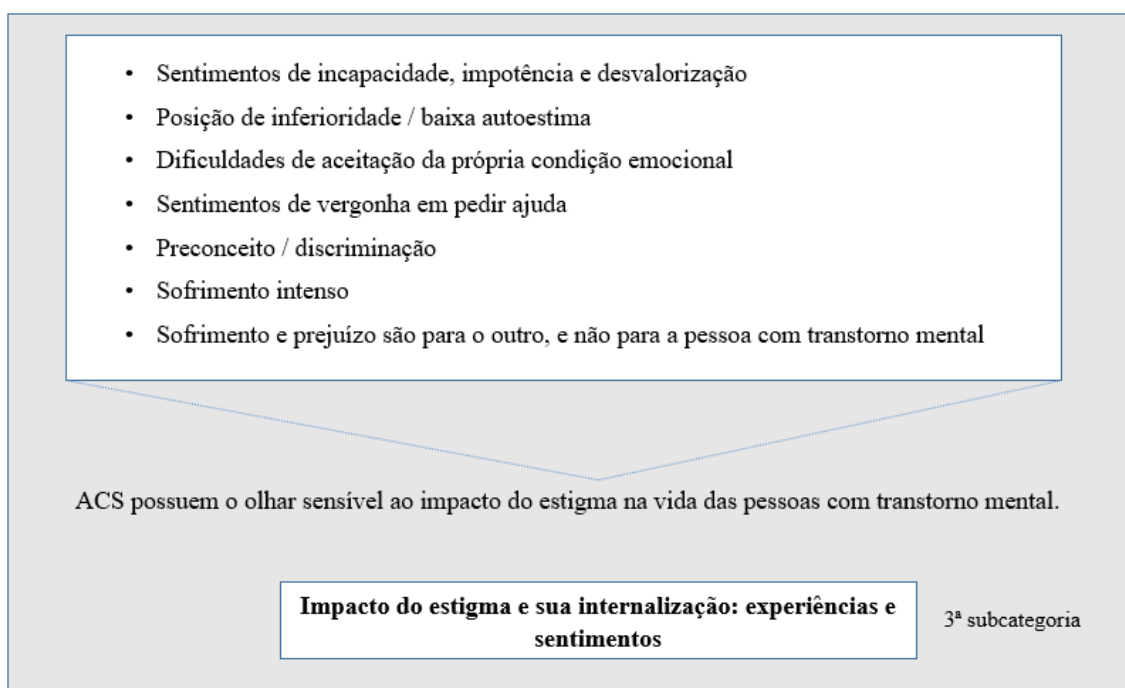
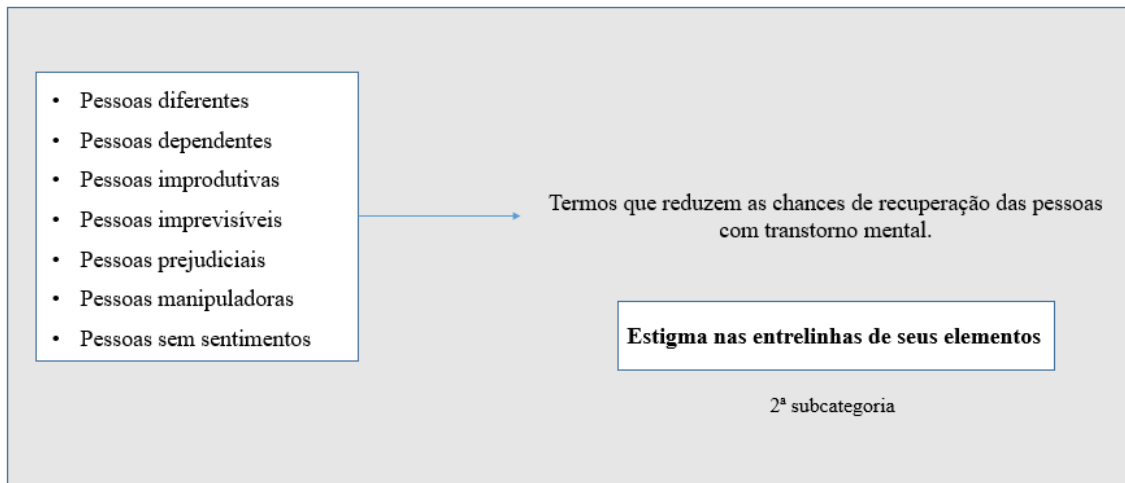
Você fala em preconceito e pra mim não serve, porque eu não tenho preconceito, eu não vejo muito preconceito nas pessoas também, eu vejo desconhecimento, não preconceito. E vejo gente que leva essa coisa do preconceito até a última instância, que passa o pano para transtorno de saúde mental perigoso, só pra falar que não tem preconceito e quer conversar com gente que não está no seu estado de conversa, tá no seu estado de internação. (ACS 6)

Com exceção desta última fala, de forma geral, nesta subcategoria, há a compreensão de que as pessoas com transtorno mental sofrem, não apenas com os sintomas, mas também com o estigma e suas consequências na vida. Na maioria das falas se identifica que os ACS possuem o olhar sensível ao impacto do estigma na vida das pessoas com transtorno mental, reconhecendo que as pessoas, de forma geral, possuem atitudes negativas e dificuldades para lidar com quem está em sofrimento.

A Figura abaixo sintetiza o processo de construção das subcategorias temáticas.

Figura 2 - Construção da categoria 1





Categoria 2 - Os agentes comunitários de saúde e o cuidado em saúde mental

Esta categoria expõe as percepções sobre as atitudes dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental e sobre o processo de cuidado em saúde mental por meio de três subcategorias temáticas. A primeira subcategoria apresenta como os ACS se veem no processo de cuidado com as pessoas com transtorno mental. A segunda subcategoria expõe os recursos e as estratégias que os ACS encontram em suas práticas de cuidado. A terceira categoria identifica os

sentimentos e as limitações pessoais dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental.

Subcategoria 1: O lugar dos Agentes Comunitários de Saúde: papéis, funções e atuações

Nesta subcategoria, ACS revelaram suas percepções a respeito de seus papéis, funções e atuações no processo de cuidado com as pessoas com transtorno mental. ACS ressaltaram que seus papéis perpassam pela identificação de problemas e busca de soluções para as pessoas e comunidades, agindo por meio da orientação e acompanhamento das pessoas com transtorno mental. Afirmaram representar o elo entre os usuários e os profissionais de saúde e a ponte entre a comunidade e os serviços de saúde. Ainda, compartilharam que devido à proximidade que têm com as famílias por meio das visitas domiciliares, exercem a escuta e constroem o vínculo com os usuários.

Perceber a existência de um problema de saúde mental na vida de uma pessoa ou de uma família é uma função reconhecida como importante pelos ACS, pois a identificação precoce de sintomas pode evitar complicações futuras. Muitas vezes, a própria pessoa ou o próprio familiar não consegue reconhecer que uma situação vivenciada é um problema de saúde mental. Assim, se não fosse o trabalho dos ACS, por meio de conversa e investigação, situações de saúde mental não seriam identificadas.

Ai o trabalho de prevenção é muito importante né, o trabalho do agente comunitário de saúde! É que a gente percebe... É esse, né, de detectar o começo, tentando ajudar dando o apoio que o paciente precisa, oferecendo tipo um ombro mesmo pro paciente num momento delicado. (ACS 34)

Eu acho muito importante. Não só o meu papel como os demais envolvidos. Porque a gente pode identificar algumas situações que estão acontecendo que às vezes os próprios familiares não conseguem identificar. (ACS 15)

A gente é muito a linha de frente ali, porque você acaba... Você cria uma relação direta com as pessoas que, quando ela vem aqui, ela não tem com o médico, por exemplo. Então você vai na casa de fulano, o fulano vai te contar da vida dela inteira. Então assim, a gente consegue perceber problemas que normalmente a pessoa talvez nem perceberia, ou não estaria indo atrás, que é justamente o caso dessa mãe... Ela não... Ela contou como se fosse... Ela tava batendo um papo com a gente e aí começou a contar, aí a gente percebeu que era uma situação e começou a perguntar mais pra ela. Então eu acho que, tipo assim, é primordial, porque

você consegue às vezes identificar uma situação que não seria descoberta. (ACS 41)

A partir do momento que algum problema é identificado, o papel do ACS se amplia para o reconhecimento da demanda que aquela situação exige e como poderá ser solucionada após discussão com a equipe de saúde.

O meu papel é... Acredito que é buscar entender, é... Primeiro o que o paciente tem; segundo as necessidades que ele vai trazer com isso, as necessidades que ele vai ter com esse problema; terceiro trazer pra equipe e tentar solucionar da melhor forma possível, acompanhar e tentar levar uma solução e uma ajuda pra esse paciente. Acho que é isso! (ACS 42)

Nesse aspecto, ACS relataram que em muitas situações a solução de um problema ocorre sem precisar envolver toda equipe de saúde, mas quando há fatores que ultrapassam suas capacidades de resolutividade, é necessário comunicar o caso para os demais profissionais de saúde. Ficou evidente, também, que os problemas não podem ser ignorados, portanto, os ACS precisam insistir em alternativas de solução.

Mas se chegando lá, você percebe alguma coisa, tem que ir passando... Igual, se resolvo falar com a pessoa e resolve lá mesmo, eu nem trago para a enfermeira, eu mesma resolvo. Muitos casos meus, nem trago, porque eu consigo resolver algumas coisas e a pessoa se dá por satisfeita. Mas quando eu percebo que é além do que eu sei, eu passo... Como a gente sendo uma equipe, não tem como resolver tudo sozinha. Tem coisas que você faz, mas tem coisas que não tem condições, tem que passar, tem que pedir uma ajuda para o outro... Mas... A gente vai levando. (ACS 12)

Eu entendo assim, que nós, se a gente acha um problema dentro de uma casa, a gente não pode deixar de lado. O nosso trabalho... Se a gente encontra o problema, a gente tem que tentar ajudar... 100% a gente vai conseguir? Não! Mas se você conseguir, das famílias que você visita, diferenciar um ou dois, já é um grande ganho para mim. O que eu consigo resolver nas minhas visitas, eu tento... O possível e o impossível, só quando passa de mim e não tem jeito. Aí é impossível, mas o que eu puder resolver, eu tento. (ACS 39)

É na busca por soluções que os ACS reconhecem suas funções de orientar os usuários com relação às demandas de saúde mental, assim como as demandas de saúde de maneira geral. Uma ACS relatou que nem sempre a necessidade é o acesso ao serviço de saúde, e sim, ações que promovam oportunidades de lazer. Outra ACS ressaltou que o papel é, apenas, orientar para o alcance da promoção de saúde.

Nas demandas, às vezes, eu fico assim... Não é eu que vou avaliar o paciente, então o meu dever e o meu trabalho é orientar... Assim, é... Encaminhar e até mesmo promover... Promover... Porque, às vezes, não é

do posto de saúde que eles estão precisando, é de um lazer, promover a saúde, percebendo um passeio, uma caminhada, né, até mesmo receitas, já feito trabalho nas casas, né, daquelas pessoas sedentárias. (ACS 14)

O papel do Agente Comunitário é só orientar, né? Orientar, fazer promoção à saúde. (ACS 22)

No entanto, percebe-se que os ACS, em sua maioria, reconhecem que suas funções estão além da orientação e que devem acompanhar os casos para verificar como os usuários estão lidando com suas condições de saúde e com o tratamento proposto pela equipe de saúde. Observam, também, a necessidade de oferecer apoio e direcionamento à família da pessoa com transtorno mental, além de entender o contexto familiar e como ocorrem as relações nesse contexto.

Nas visitas, né, domiciliares, eu acho que isso é importante porque a gente tem um certo acompanhamento... Assim, uma certa rotina para acompanhar o paciente e isso ajuda a entender como que é o convívio ali, sabe!? Dá uma noção um pouco melhor de com quem você está lidando, de como é a vida do paciente e o lugar onde ele mora, né!? Isso é algo que ajuda bastante, assim, sabe, a entender! Porque, às vezes, a gente acha que é só a pessoa, mas você tem que ver o que tem ao redor, né, as pessoas com quem ele convive e acho que isso permite que você tome as atitudes mais corretamente. (ACS 44)

Nesta busca de compreensão do contexto de vida e contexto familiar, uma ACS reforçou sobre a importância de perceber as necessidades da família, tendo em vista a existência de transtorno mental em algum de seus membros. Ainda, esta mesma ACS compartilhou que, em determinado momento, passou a se questionar sobre o cuidado prestado, refletindo se ela estava apenas cumprindo regras, como a realização de perguntas para preenchimento de dados, ou se também estava escutando de fato o que a pessoa ou a família estava dizendo ou querendo dizer.

Eu acho que hoje em dia, quando a gente tem um olhar e vê uma situação, seja lá qual for a situação, quando eu saía daqui e ia até a casa da pessoa, não fazia só aquilo, mas, o que precisava fazer... Aquilo que eu preciso detectar... Se foi na consulta, tomou o remédio, a pressão tá alta. Porque a gente sai pra trabalhar com a intenção de trazer algo pra acrescentar no nosso trabalho, pra cumprir as fichas, as ordens. Então a gente tem que prestar mais atenção no que a pessoa tá dizendo ou buscar também o familiar, saber como que tá, o que tá precisando. Porque a gente pensa também que é só a pessoa que tá passando por aquele transtorno, que precisa de ajuda e não é. A família também tem que ter o conhecimento de como dar um suporte... É aonde vira bagunça, discussões, o próprio paciente para de tomar os remédios, de se cuidar, porque mexe com toda relação de paciente. Por que muitas vezes, antes de pensar assim eu perguntava o básico, então eu fazia perguntas que só interessava o meu trabalho... Fui lá e fiz o meu serviço... Mas eu escutei aquela pessoa além daquilo que eu queria perguntar? Então, assim, tem coisa que foi me

ensinando no dia a dia, e a maneira de abordar a casa eu acho que faz o diferencial também, alguns casos são passados, mas, nada passa daquele protocolo. (ACS 23)

Como as ações em saúde mental na Atenção Primária à Saúde são predominantemente voltadas à medicação, ACS compartilharam que suas funções envolvem, no aspecto do acompanhamento dos casos, o controle do uso dos medicamentos. Dependendo do caso, ACS monitoram semanalmente os usuários com relação à utilização dos medicamentos, a fim de controlarem a quantidade de doses ingeridas.

Eu percebo que a gente é, assim, é tipo um monitoramento, né!? Tem que ver medicação, consulta, ver se ele está pegando a medicação realmente. Porque às vezes, eles falam uma coisa e às vezes não é aquilo, entendeu? E às vezes não gosta do médico, quer trocar de médico... Ixi... Tem muita coisa! (ACS 29)

Tem pacientes que têm a medicação, que é assistida, vem tomar a medicação aqui. A gente tem uma tabela que faz a medicação, com medo do paciente tentar se suicidar com várias medicação. Então a gente acompanha, faz essa preparação dessa medicação em potinhos e entrega semanalmente... Está sempre acompanhando esses pacientes para que eles venham aderir ao tratamento e ao mesmo tempo se sintam acolhidos pela unidade e toda a equipe. (ACS 37)

Eu acho que a gente pode ver se a pessoa está normal, se está bem controlado, né, com os remédios. Quando deixam de tomar os remédios, às vezes, é visível que não está tomando, ou então, se está tomando demais que aí fica diferente também. Igual, quando a gente tem condições de encontrá-los e conversar, acho que a gente tem, o nosso papel é vir e avisar a equipe que essa pessoa está precisando de ajuda, está precisando de um olhar mais... Mais urgente para ela com o que está acontecendo. (ACS 19)

Outro aspecto que os ACS deixaram evidente foi a interpretação de que eles são o elo, a ponte entre as comunidades e os serviços de saúde, pois são eles que facilitam o acesso dos usuários à unidade de saúde e, conseqüentemente, aos serviços de outros níveis de atenção.

Olha é aquilo... A gente continua sendo um elo. A gente é o elo da comunidade dentro na Unidade de Saúde, a gente leva e traz problemas né. (ACS 28)

Fazer a ponte entre o paciente e a unidade. Então, eu tenho na minha enfermeira o meu esteio. Certo? A minha enfermeira é a minha cabeça pensante lá fora, capto e trago aqui dentro, não deixo passar nada. (ACS 17)

A gente fazer o levantamento na área e trazer para a equipe. Porque a gente é um elo de comunicação entre a população e o posto, né?! Então a gente faz o levantamento lá, traz para a equipe e discute. (ACS 22)

Eu percebo que sou um elo pro meu paciente e pra unidade. Tanto que ontem foi um dia que ficaram tudo doido aqui ligando atrás de mim... Porque eles não conseguiam agendar vacina. Então eu acho que eu sou um elo! (ACS 10)

Nesse contexto, ACS reconhecem sua importância enquanto trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, que possui como características a territorialização e a proximidade com as famílias. As visitas domiciliares possibilitam a proximidade com as famílias e a identificação de realidades que passariam despercebidas apenas com o contato realizado no interior da unidade de saúde. Assim, é por meio do trabalho inicial dos ACS que a construção do vínculo dos usuários com as equipes de Saúde da Família é permitida.

O agente comunitário ele é muito importante, né!? A gente tem uma abertura com a família que às vezes é... Outros profissionais da unidade não têm. É... Paciente quando ele tá aqui dentro da unidade, ele passa uma coisa, mas se você está na casa dele, ele passa outra coisa. Eu acho que é fundamental, né! Eu percebo que por estar dentro da casa da pessoa, isso me ajuda a ter um olhar melhor, um cuidado melhor com este paciente, com esta pessoa. Ele é fundamental na ajuda destes pacientes. (ACS 8)

Acho que é fundamental, porque tem pacientes que se encontram com depressão e não têm forças nem para vir até a unidade. Então nós, na visita domiciliar, é o primeiro contato, a observação do comportamento... E ouvir também os relatos. A gente vê se a pessoa não está bem, a gente encaminha... Temos vários casos na minha área, que a gente agenda consulta, encaminha para estar indo ao CAPS, orienta, fala que lá é porta aberta, que vai ter um acolhimento. Porque às vezes não sabe o que a pessoa está passando... De acordo com que a gente faz as visitas e vai conversando, vai levantando os casos, a gente tenta ajudar. (ACS 37)

Portanto, o fortalecimento do vínculo ocorre, principalmente, devido ao contato próximo que os ACS têm com os usuários. ACS percebem que, por meio da escuta, relações de confiança começam a ser construídas.

Olha, meu papel foi muito importante, porque eles gostam muito de falar. Então, às vezes, a gente fala menos e escuta mais... E... É o vínculo que a gente cria com as famílias, eles confiam muito na gente. Às vezes eles gritam na rua "ah, fulano, vem aqui que eu preciso falar com você!". Às vezes é uma coisa até íntima e eles contam para nós. Acho que o papel do agente comunitário é muito importante! Eu penso que o meu trabalho é muito importante para estar ali com a comunidade, estar ali ajudando, para estar tentando facilitar a vida deles, que já é tão sofrida... Tem pessoas que são tão sofridas! Então, o meu papel é muito importante. (ACS 33)

Ah eu acho um papel muito bom. Porque só de você ter alguém para ouvir quando você chega na casa... Você vê a pessoa e a pessoa ter alguém para ouvir você é muito bom! E é o que eu faço, quando chego na casa deixo a pessoa falar, mesmo que às vezes eu não tenho nada que eu possa fazer. Mas pelo menos ela desabafa. (ACS 36)

Nesse processo, ACS reconhecem mais uma vez a importância de seu trabalho, pois os usuários compartilham histórias pessoais e, muitas vezes, a ética precisa ser priorizada em busca do respeito e do sigilo. Uma ACS expôs sobre a preocupação que ela tem com relação à forma como cuida das pessoas com transtorno mental, se questionando se está sendo respeitosa com o que elas compartilham.

Eu entendo que o meu papel é da prevenção, é de... Orientação! E a gente usa algumas coisas mais, porque apesar da gente ser agente comunitário, a gente também faz quase, entre aspas, o papel do psicólogo, pois ali eles contam as histórias para a gente. E muitas vezes, as histórias que eles contam, a gente tem que ter o sigilo, né?! Não contar para ninguém... Até mesmo em equipe, se a gente quiser falar dessas pessoas, a gente procura a nossa gerente, a nossa enfermeira e aí a gente vê o que pode fazer. Porque, muitas vezes, a gente não coloca a vida da pessoa. Então é uma coisa que a gente tem que ter o sigilo, que é a ética profissional, que eu tenho isso, nós temos, né?! (ACS 32)

Não ser invasivo! É essa minha preocupação, de até que ponto eu tô sendo agente comunitária da saúde, né, e tô trazendo as coisas pra equipe, discussão de equipe, até que ponto eu tô sendo invasiva. “Será que o paciente gostaria, né, dessa abordagem!?”. Porque a gente discute em equipe, depois o médico vai ter o atendimento do paciente, então assim... Até que ponto dá pra fazer essas informações, assim, esses links né... Eu fico às vezes um pouco preocupada com isso. (ACS 43)

Os ACS se veem como pessoas importantes na vida das pessoas com transtorno mental. Apesar das experiências profissionais em um nível de atenção à saúde que avança lentamente à superação do modelo biomédico, os ACS compreendem que o cuidado em saúde mental envolve atitudes e práticas que devem considerar as pessoas além de seus diagnósticos. A proximidade e o vínculo que os ACS possuem com os usuários e as famílias possibilitam o desenvolvimento do olhar territorializado às pessoas com transtorno mental, ou seja, um olhar que considera os contextos de vida, as relações, as necessidades e as subjetividades como componentes importantes para a promoção da saúde e integralidade do cuidado.

Subcategoria 2: Recursos de enfrentamento: atitudes individuais e possibilidades de ações

Esta subcategoria reúne as percepções dos ACS com relação às diferentes estratégias que são descobertas e desenvolvidas no cuidado em saúde mental em suas práticas cotidianas. As experiências profissionais e pessoais dos

ACS com relação à saúde mental influenciam em suas crenças e atitudes diante das demandas de saúde mental. Ainda, os ACS identificaram que a principal característica da ESF, a proximidade no favorecimento do vínculo com os usuários e famílias, proporciona o reconhecimento dos recursos disponíveis, assim como a elaboração de ações voltadas para o trabalho grupal.

As experiências dos ACS enquanto trabalhadores de saúde permitem aproximações com situações relacionadas à saúde mental, possibilitando maior compreensão das realidades e das condições de vida das pessoas com transtorno mental. ACS compartilharam que a experiência profissional por meio da proximidade com os usuários, as famílias e suas histórias, contribui de forma significativa para a desconstrução de crenças relacionadas às pessoas com transtorno mental.

Nesses anos como agente comunitário a gente aprende a conhecer pessoas assim, porque às vezes no dia a dia da gente, a gente não conhece pessoas assim, né!? Pelo menos eu nunca conheci ter esse tipo de situação na família, mas agora no serviço há quase dez anos, a gente já viu, já sabe reconhecer essas pessoas. (ACS 4)

Olha, antigamente, quando eu não era agente, eu tinha uma visão totalmente, sabe, de manicômio. E hoje eu já tenho um pensamento totalmente diferente. Às vezes a pessoa não é aquilo que ela quer ser, ou ela é vítima da situação, ou ela nasceu daquele jeito. Então eu já vejo diferente hoje. O trabalho me ajudou a ver de uma forma diferente, ver o histórico da pessoa, o que ela tem de bagagem para estar naquela situação. A maioria das pessoas precisam de ajuda e de entender o porquê de estar naquela condição. Com o tempo que a gente vai conhecendo as famílias, vendo o cotidiano deles, a gente entra dentro da intimidade deles. A gente vai comparando: "Olha, fulano de tal é assim, mas porque ele não teve uma infância boa". (ACS 33)

Hoje minha mente está mais aberta, eu já acho que não é... Uma pessoa louca, né!? Antigamente eu achava isso. Via um transtorno mental já falava: "é louco!". Mas eu acho assim... Uma pessoa com transtorno mental é que não está bem da cabeça por algum motivo, alguma coisa aconteceu que deixou ela um pouco transtornada, assim, digamos. (ACS 35)

ACS também compartilharam que suas experiências pessoais relacionadas aos transtornos mentais contribuem na identificação de situações que, não fossem as experiências vividas, não seriam percebidas, ou então seriam vistas por outras perspectivas. ACS que vivenciam ou já vivenciaram experiências com transtorno mental desenvolvem olhar mais atento e cuidadoso aos usuários das unidades de saúde que estejam passando por problemas semelhantes.

Eu não tenho isso estigmatizado em mim, porque eu sofro de doença mental, eu tenho depressão desde os sete anos de idade. Então eu não esse estigma não. Para mim pode ser qualquer pessoa, pode ser qualquer um. Às vezes eu sei que não estou bem, mas estou aqui rindo e a pessoa não faz ideia... Tem gente que eu falo "Olha, eu tomo remédio e trato", mas

não acredita que eu tenho depressão. Então eu tomo muito isso de base, de mim, às vezes pode ser que a pessoa tenha e não está demonstrando. (ACS 21)

Passei por isso, né? Então eu acho que ter vivenciado esta situação me ajudou a conseguir enxergar melhor algumas coisas, né!? Às vezes eu posso estar até exagerando no olhar com a família, mas me permitiu ver algumas coisas que passariam como normal e não são tão normais. (ACS 8)

A experiência pessoal se amplia com a experiência de ACS com familiares com transtorno mental, levando-os a acreditarem que essa vivência permite o reconhecimento do sofrimento de maneira mais sensível. No entanto, uma ACS compartilhou sua dificuldade em lidar com questões relacionadas à saúde mental, pois percebe que sua mãe tem algum transtorno mental, mas não recebeu cuidado. Esta situação indica que, apesar da experiência profissional e pessoal dos ACS, existem limitações de recursos internos para lidar com questões de saúde mental.

Eu tenho muito contato com esse tipo de pessoa, na minha área tem bastante, então, a gente fica mais próximo, né, da pessoa. Então a gente sabe mais ou menos como lidar ou o que a pessoa sente. Eu também tenho minha filha que ela desenvolveu um transtorno depois que eu me separei, ela já tinha um pouco de... Ela já mostrava um pouco, e depois de uma situação crítica, ela desenvolveu muito rápido. Então, acho que por isso eu tenho mais sabedoria e como lidar. (ACS 20)

Depois de vivenciar a minha experiência familiar, a gente passa a ficar mais sensíveis a alguns detalhes, né!? Então é... Eu acredito que isso ajuda muito a verificar alguns sinais de alerta, né!? (ACS 8)

Minha mãe tem problema mental e assim... A gente nunca deu importância... Por falta de não conhecer e não saber... Por falta de conhecimento. É um assunto que mexe um pouco comigo sabe!? Eu não sei... Hoje em dia, com um pouco de experiência que eu tenho aqui, eu acredito que seja esquizofrenia... Mas eu não sou médica para diagnosticar... É assim... Eu não sei lidar, sinceramente, com essa situação... (ACS 24)

Percebe-se, portanto, que com o tempo e as experiências, os ACS descobrem formas de ajudar as pessoas com transtorno mental que, aliadas à proximidade, vínculo e escuta, configuram estratégias de cuidado em saúde mental. ACS relataram que nem sempre é na primeira tentativa de aproximação que conseguem facilitar o acesso ao tratamento, pois é necessário um tempo para a construção da confiança.

Já aconteceu de eu parar assim, de ir até a pessoa e perguntar “O que está acontecendo, gente? Posso ajudar em alguma coisa? O que eu posso fazer? O que está acontecendo com vocês?”, Uns param para explicar e

outros falam assim “Oh, não se intromete não que não tem nada a ver”. Mas, na verdade, tem de chegar assim e ter o início de um diálogo, então eu volto outra hora para tentar... “Eu posso ajudar em alguma coisa”. Né!? Eu já fiz isso e não me arrependi, porque se eu fosse me deparar com o medo para me aproximar dessas pessoas eu nem bateria nas casas. A gente acaba conquistando, o medo não toma conta e a gente acaba realmente tentando entender. “Você lembra aquele dia que estava assim?” Por quê? Eu sei que não tenho nada a ver com isso, né!? (ACS 14)

Gosto de tentar ajudar, de fazer o meu melhor. É difícil, é muito difícil ajudar, é muito difícil a pessoa aceitar... A gente vai tentando. Eu acho que é assim... Você vai lá plantar uma sementinha, aí você vai regando, às vezes no primeiro momento você não consegue, vai indo... Só que eu tenho essa paciência, de estar tentando o melhor para aquela família. (ACS 39)

Nesse sentido, observa-se que a principal ferramenta no cuidado em saúde mental é a relação terapêutica, que acontece em cada encontro entre os profissionais de saúde e os usuários. Uma ACS compartilhou que, inicialmente, sentia insegurança para se aproximar de um usuário da unidade que tem esquizofrenia e que não imaginava ser possível estabelecer diálogo com ele, mas aos poucos a confiança foi sendo construída e, por meio do vínculo e da relação, a ACS encontrou formas de auxiliar no cuidado.

Como eu sou agente de saúde, tem alguns pacientes... Tem um que eu faço muita visita que ele tem esquizofrenia e a conversa flui. Você pensa... Quando você conhece, você pensa que não vai conseguir conversar e se expressar... Mas você começa a conversar, perguntar e você vê que tem muito fundamento a conversa. E você consegue dialogar. Então, às vezes, é um rótulo mesmo e quando você começa a falar com a pessoa você vê que pode ajudar de alguma forma e que ela tem como fazer as coisas. Primeiro eu fiz amizade para ele confiar em mim; no sentido da ajuda, eu falei sobre os atendimentos, eu falei com a mãe sobre as atividades manuais e ela começou a fazer. Inclusive, a mãe faz crochê, eu orientei a ensiná-lo a fazer e ele foi fazendo também... Ele gosta muito de leitura e a gente começou a dar livros para ele ler e isso foi desenvolvendo. (ACS 16)

Percebe-se, também, que os ACS desenvolvem estratégias em seus espaços de atuação que funcionam como recursos de enfrentamento aos desafios diante da complexidade que é o campo da saúde mental. ACS reconhecem a necessidade de construção de um cuidado diferenciado com relação às pessoas com transtorno mental, pois dependendo dos sintomas existentes, o manejo exige posturas e atuações flexíveis e coerentes com a demanda do momento e que superem as inseguranças e resistências.

Às vezes você está na casa da pessoa, já aconteceu comigo, dela me falar "eu tenho transtorno bipolar", e eu pensar, "se segura, vai que acontece alguma coisa comigo". Eu tento não me mostrar, que de alguma forma tô com medo ou ansiosa para sair dali. Mas com isso eu nunca tive problema. A partir do momento em que você passa a saber, você tem um cuidado

diferente também. Você não vai deixar de conversar, mas vai ter um cuidado. Você já sabe que a pessoa tem esses transtornos, por isso que vai ter um cuidado melhor... (ACS 12)

Ah o acolhimento a gente procura fazer, tipo, igual... Tem alguns pacientes que têm pânico de muito, muita gente no posto. A gente procura fazer um agendamento num horário que tá mais tranquilo, a gente conversa caso a caso com a enfermeira, ou até com a médica mesmo, e aí conversa e aí tenta ver, tenta aliviar pelo menos essa pressão do dia a dia do paciente pra que a abordagem aqui no posto seja menos traumática, né!? (ACS 34)

Você tem que ter uma atenção mais voltada a eles, no sentido de quando eles chegam, as vezes não consegue esperar muito, acho que nesse sentido que temos que ter esse olhar, as vezes a pessoa que está lá recebendo não tem, aí começa os conflitos, os atritos, mas aqui a gente está bem amparado porque a gente conhece bem nossos pacientes, só se for um acaso bem a parte, porque a gente conhece bem, e eles são bem recebidos. (ACS 20)

Outro recurso desenvolvido pelos ACS com relação ao cuidado com a pessoa com transtorno mental é a comunicação, que também precisa ser diferenciada. ACS relataram que, dependendo da forma como as palavras são colocadas, as pessoas com transtorno mental podem reagir de forma negativa.

A forma da gente falar com essa pessoa, a forma como que você age com ela. Tem pessoas que é aparente que ela tem um transtorno. Tem que saber conversar, ter um pouco mais de dedo para falar com ela, porque não tem como não ser... A gente não sabe qual será a reação dela diante do que você fala. (ACS 12)

Pensando tudo o que você vai falar, porque para eles, um "A" se torna uma palavra enorme, né. Então você tem que ir com muito cuidado, dar aquela atenção para eles, para ver se consegue é... manter eles na calma. (ACS 35)

ACS compartilharam sobre algumas ações em saúde mental realizadas nas USF pela equipe que já foram desenvolvidas, mas que, por diferentes razões, como falta de espaço ou mesmo pelo contexto da pandemia de Covid-19, foram interrompidas. As ações eram realizadas por meio de grupos de artesanato voltados para pessoas com transtorno mental e foram reconhecidas como recurso importante no cuidado em saúde mental. Os ACS perceberam tentativas das equipes de saúde com relação à promoção do cuidado de acordo com os recursos existentes em suas práticas cotidianas.

Olha, o que tem... É o que tem! (risos). É a equipe que está aqui e acho que a gente faz até o impossível virar possível, para poder atender a população. Com pouco faz muito, tinha o grupo terapêutico, que era um grupo que tinha muitas pessoas com depressão, pessoas que tomam muitos remédios, pessoas que não tem... Pessoas que tinham um psicológico abalado e vinham no grupo. Então, a gente começava com uma música legal no grupo e a (nome), que é a nossa gerente e enfermeira, fazia um trabalho legal

com pintura, artesanato, para eles lembrarem daquilo como uma coisa boa, né?! A gente colocava músicas que a gente sentia que ficavam mais calmas. Então, a gente fazia o impossível virar possível, com o simples... De um grãozinho virar uma feijoada e eles saírem felizes com o trabalho deles na mão. Mas aí veio a pandemia, parou tudo, mas é um trabalho bem legal com eles. (ACS 33)

Eu acho, por mais que a gente está vivendo um momento difícil, mas que nem... A gente vê muito idoso que às vezes fica sozinho em casa. Então, está fazendo falta esses grupos, né?! Um grupo de orientação, às vezes um grupo de artesanato... Por mais que seja uma coisa pequena, mas você já tira uma pessoa de dentro de casa, que às vezes está sozinha, não tem ninguém para conversar... Eles vêm para cá e acaba fazendo amizade, acaba desabafando algumas coisas. (ACS 31)

Nesse contexto, os ACS indicaram que os grupos de saúde mental auxiliavam bastante e que se voltassem, eles mesmo até participariam. No entanto, uma ACS revelou sua limitação se fosse necessário ser uma facilitadora na coordenação nesse tipo de ação.

Eu acho que trabalhos manuais ajudam bastante, ajuda a pessoa a pensar... artesanato, como a gente já fez aqui por muito tempo. E eu acho que trabalhos manuais, artísticos, musicoterapia... Eu participaria até de dança (risos), eu acho que é muito bom... Para eles principalmente, ajuda bastante. (ACS 24)

Assim, em grupo para melhorar esse pessoal. Tinha antes o grupo de artesanato, ia muitas pessoas que tinha... Não era bem... Bem normais sabe? Tinha estes transtornos depressivo e ajudava bastante eles, quando as meninas tinham o grupo do artesanato, mas aí acabou por causa da sala para usar. Então acabou não tendo mais nada. Mas assim, eu mesmo não saberia é... Conduzir este grupo, entendeu? (ACS 35)

Observa-se que os ACS buscam alternativas que se aproximam de um cuidado integral, ultrapassando saberes e práticas baseados no paradigma da medicalização. ACS são os trabalhadores de saúde com maiores possibilidades de construir relações terapêuticas capazes de ampliar o cuidado com relação às pessoas com transtorno mental. Ao perceberem que em saúde mental há necessidade de estabelecer relações de confiança, ACS buscam construir estratégias para facilitar o processo de cuidado, o que não os isenta das dificuldades, desafios e limitações.

Subcategoria 3: Reações emocionais e limitações no cuidado com a pessoa com transtorno mental

Nesta subcategoria, ACS reconheceram suas limitações pessoais diante da complexidade do cuidado em saúde mental, compartilhando sentimentos naturais que surgem quando lidam com pessoas com transtorno mental. Apesar de naturais, alguns sentimentos podem influenciar de forma negativa em suas atitudes. A ausência de corresponsabilização do cuidado foi identificada como barreira na evolução das pessoas com transtorno mental, influenciando, também, em reações emocionais que não contribuem positivamente no processo de cuidado.

ACS demonstraram reações emocionais vinculadas à insegurança e ao medo com relação às pessoas com transtorno mental, principalmente no início da função, no qual a proximidade com a área da saúde mental era praticamente inexistente. Ainda, a ideia de agressividade associada ao transtorno mental pode surgir devido à falta de conhecimento e, também, de vínculo com a pessoa, conforme expôs uma ACS.

Era uma situação que até então eu não tinha vivido né... mas depois eu procurei... fiquei um pouco mais seguro... e tentar encaminhar pra pessoas que tem mais habilidade do que eu pra lidar com esse tipo de situação né... (ACS 15)

No começo a gente fica um pouco receoso, porque tinha... vou falar por mim, a gente fica com medo "por causa da agressividade", tinha alguns mais agressivos, outros mais tranquilos. Depois, conforme você vai fazendo a visita, eles já te conhecem, né? Foi mais no começo... um pouquinho de receio nessa parte, deles não conhecerem e a medicação não estar fazendo efeito. Mas depois era tranquilo, fazia as visitas normalmente, eles já sabiam que era a gente... (ACS 31)

Uma ACS compartilhou que, muitas vezes, a reflexão com relação a uma situação envolvendo usuários com transtorno mental é inexistente devido ao histórico que os usuários carregam, como uma marca em seus relatos recorrentes aos ACS. Nesse aspecto, o pré-julgamento dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental pode influenciar na descrença de suas queixas.

De uma maneira geral nós somos muito pré-julgativas, a gente sabe muito o que o outro quer sem parar pra ouvir, então, certas coisas nos impedem de escutar o outro, por exemplo, a mulher tá nervosa, transtornada, momento de fúria porque o filho usa droga e bateu nela, ela se aproxima da gente e você já pensa que ela apanhou de novo e já vai abordar ela com aquele pensamento que você teve, e, às vezes, aquele choro é por causa de uma dor, ou porque ela machucou, mas, o seu atendimento vai pelo histórico que você já sabe dela, e isso assim. (ACS 23)

Outro aspecto apontado por uma ACS foi com relação à falta de afinidade com a área da saúde mental, indicando fragilidades pessoais para lidar com os sentimentos e com a dor do outro.

Eu não gosto da área, eu não tenho essa... Esse... Feeling para tentar descobrir o que o outro... Nomear aquilo que o outro sente, porque eu acho que deve ser muito doloroso, você nomear e entender o que o outro está sentindo, o que o outro passa. Então, deve ser muito doloroso. Não é fuga de fugir, mas não eu não tenho feeling para esse veio... Saúde mental... Eu não tenho estrutura também, para encarar a saúde mental. Já basta os meus fantasmas, que são muitos, para eu lidar com o fantasma do outro, fica mais complicado ainda. (ACS 17)

ACS também relataram que algumas pessoas com transtorno mental possuem dificuldade de se responsabilizarem pelo cuidado ou mesmo confundem o cuidado prestado. Uma ACS compartilhou um caso no qual a pessoa espera que ela resolva situações muito particulares de sua vida e que envolvem as relações familiares e os problemas decorrentes. Outra ACS reafirmou que alguns usuários com transtorno mental não conseguem se responsabilizar pelo tratamento, seguindo as orientações que são passadas.

Sim, ela se queixa demais assim, e muitas vezes ela fala pra mim que eu tenho que resolver e eu já falei pra ela que eu não tenho como resolver... que coisas da vida pessoal dela quem tem que resolver é ela, não sou eu. (ACS 13)

A gente fica muito limitado, porque você quer ajudar e as vezes não consegue, porque não depende só de você, por exemplo em acompanhamento mesmo, a gente acaba se virando com o clínico, porque eles têm muito de perder a medicação, perder receita, tomar além da conta, acontece muito, temos um rapaz aqui que ele leva a medicação num dia e no outro já não tem mais nada, ele joga tudo fora, aí no outro ele vem que quer a medicação. (ACS 20)

São aspectos relacionados à corresponsabilização do cuidado e que, de acordo com a percepção dos ACS, há bastante limitação. Assim, ressalta-se, também, o incômodo que os ACS sentem quando identificam que o cuidado prestado depende de outros fatores, como o usuário querer e conseguir aceitar a ajuda oferecida.

Então, isso angustia a gente. Às vezes, a gente quer ajudar e não tem nem como, não tem subsídios, ferramentas para ajudar, porque não é só a medicação, a pessoa precisa querer ser ajudada. Mas tem casos que não adianta, não tem como a pessoa querer ser ajudada, por que não tem como ela querer, está tão detonada, que não tem como. Por isso que eu te falei, é muito amplo, é muito complexo... ele não converge, diverge... então é um leque muito grande, como eu te disse, é complexo, eu entendo que seja complexo. (ACS 17)

Nesse aspecto, ACS refletiram sobre a dificuldade que possuem, enquanto trabalhadores de saúde, para ajudarem quem não está disposto a reconhecer que necessita de ajuda. São empecilhos que barram oportunidades de cuidado e esbarram nas subjetividades que permeiam as relações terapêuticas.

Eu acho que um dos problemas é a pessoa não querer olhar pra si e ver o que tá acontecendo... Tipo parar pra pensar mesmo, não querer se ajudar... Porque também não adianta você querer ajudar e a pessoa não querer, não resolve, você não sai do lugar. E acho que a outra coisa é a pessoa terceirizar os problemas pros outros, que nem essa senhora faz comigo... [...] Eu acho que tem muito disso da pessoa não querer aceitar que ela precisa de ajuda, que ela precisa de cuidado... E que é muito mais fácil pra ela jogar a culpa toda no outro. [...] Eu vejo muitas pessoas que às vezes eu até acho que tem alguma coisa e a pessoa não quer saber, sabe? Não quer se tratar, não quer descobrir... Por conta dessas características mesmo, da pessoa sempre estar muito abatida, sempre estar muito infeliz... (ACS 13)

As limitações no cuidado colocam os ACS em um lugar em que eles se deparam com frustrações, sensações de impotência ou mesmo de culpa. Essas reações emocionais ficam mais evidentes em situações envolvendo casos graves, como casos de suicídio de usuários de suas USF. Nesse aspecto, uma ACS se questionou sobre a função e o real impacto das campanhas como o “setembro amarelo”, no âmbito da prevenção do suicídio.

Ah... É... Eu... Eu fiquei muito triste, porque assim... Eu achei que eu fosse conseguir mudar um pouco a vida delas. Sabe, assim... Fazer com que essa tia desse um pouco mais de atenção, sabe. Mas a gente não chegou a lugar nenhum. Então eu me sinto frustrada. (ACS 2)

Eu fiquei arrasada. Eu me senti culpada por não ter visto os sinais que ele estava dando, né. Eu falei puxa vida, a gente convive tão de perto, a gente tá acompanhando como que eu não percebi, eram... Não eram nem sinais, eram gritos. E a gente achava que aquilo era normal, me senti totalmente frustrada e sem... Sem reação, né. (ACS 8)

Eu sinto assim, uma vontade muito grande de fazer algo e mudar a vida daquela pessoa. Muitas vezes dá certo, outras vezes não dá. É um pouco frustrante, né?! É sempre um pouquinho! Você vê que não conseguiu, ou que a pessoa fez um suicídio. A gente fica triste, né?! Porque tem casos de suicídio, a gente fica triste. (ACS 38)

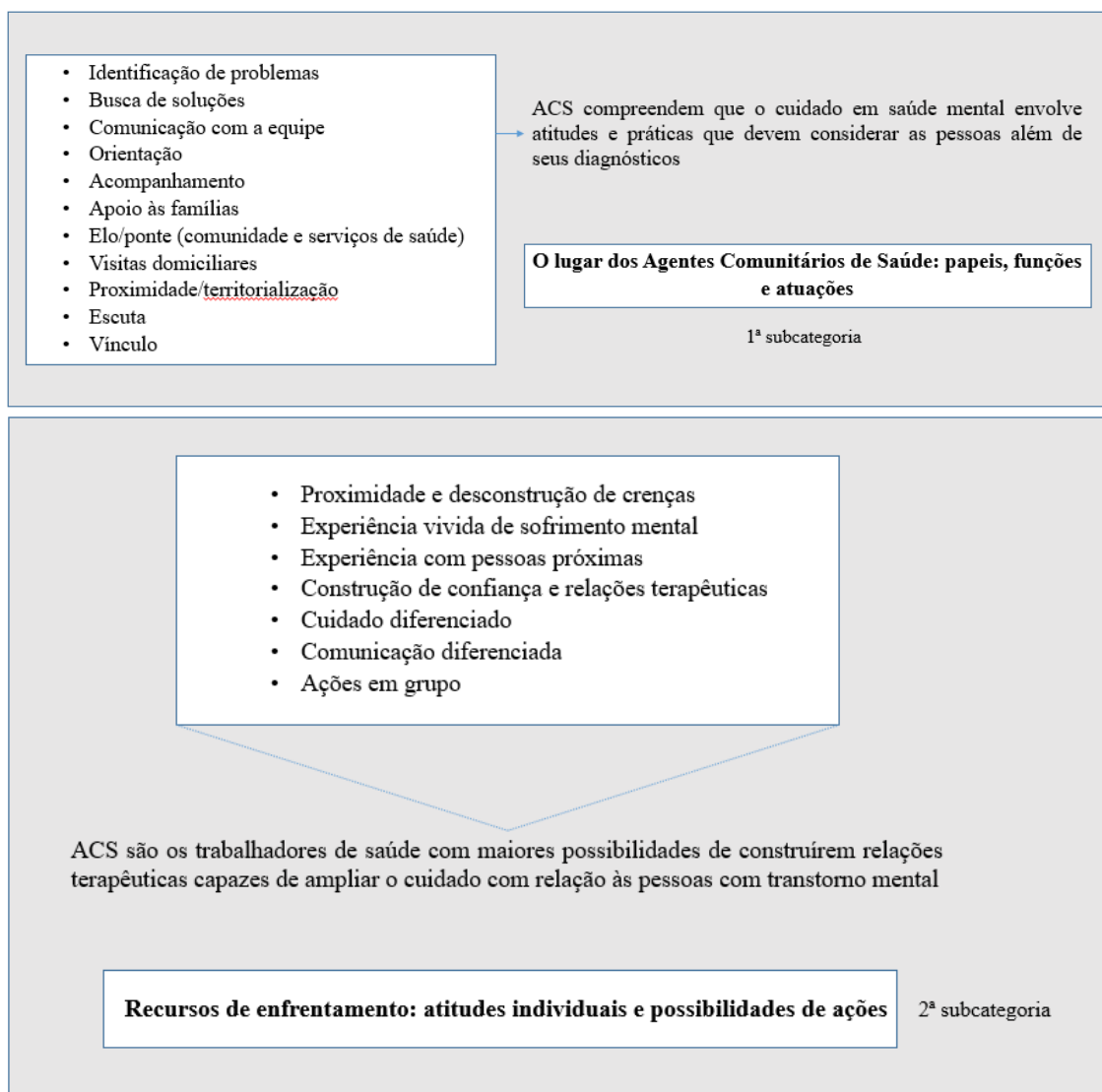
Eu achei muito ruim, fiquei muito chateada, e ela falou que estava fazendo tratamento no CAPS, estava na época do setembro amarelo, mas, não adianta fazer campanha e a gente fica impotente, não sabe o que fazer, não tem orientação nenhuma, o sistema básico de saúde não dá conta desses casos, assim, resolver isso, achei um caso bem problemático. (ACS 6)

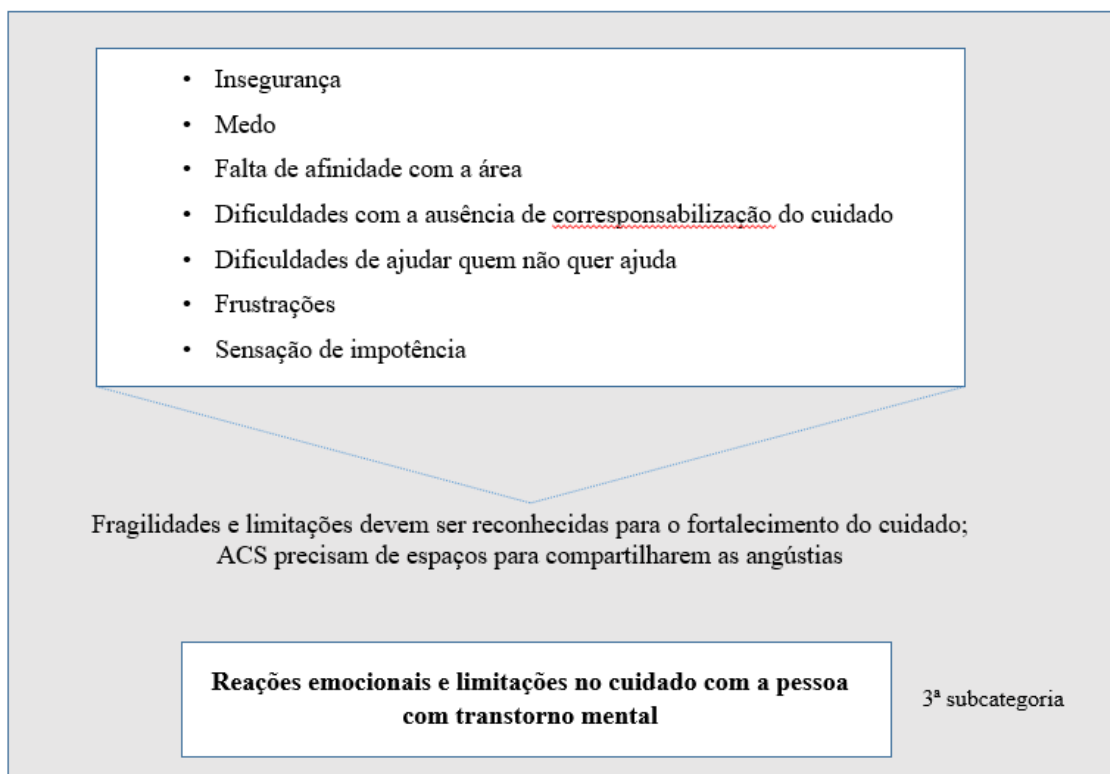
Observar os limites pessoais e os sentimentos envolvidos no cuidado com o outro permite o reconhecimento de atitudes que podem influenciar de forma negativa e prejudicar a relação terapêutica. São aspectos presentes em todo

processo de cuidado e que não podem ser ignorados, pois contribuem no fortalecimento da corresponsabilização. No entanto, ACS precisam de espaços para compartilharem e elaborarem suas angústias e, conseqüentemente, promoverem cuidado às pessoas com transtorno mental.

A Figura abaixo sintetiza o processo de construção das subcategorias temáticas.

Figura 3 - Construção da categoria 2





4.3 Terceira etapa: Construção de estratégias para lidar com o estigma

Caracterização dos participantes

Nesta etapa do estudo, a maioria dos ACS era do gênero feminino, com idade média de 52.4 anos, e assim como a etapas das entrevistas, a maioria tinha ensino superior completo. A maioria dos ACS conhecia alguém próximo com transtorno mental e tinha experiência pessoal com transtorno mental. A USF com maior participação dos ACS foi a USF 2 e o tempo médio de atuação profissional dos ACS nas USF foi, aproximadamente, 15 anos. Os dados estão apresentados nas Tabelas 6 e 7 abaixo.

Tabela 6 - Caracterização dos participantes

Variáveis	N	%
<i>Gênero</i>		
Feminino	26	89.7%
Masculino	3	10.3%
<i>Unidade de Saúde da Família</i>		
1	8	27.6%
2	9	31.0%
3	6	20.7%
4	6	20.7%
<i>Escolaridade</i>		
Superior completo	14	48.3%
Superior incompleto	2	6.9%
Médio completo	11	37.9%
Médio incompleto	2	6.9%
<i>Conhece alguém com transtorno mental*</i>		
Sim	24	85.7%
Não	4	14.3%
<i>Experiência pessoal com transtorno mental*</i>		
Sim	17	60.7%
Não	11	39.3%
Total	29	100%

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Nota: *Uma resposta omissa.

Tabela 7 - Resultados de acordo com idade e tempo de atuação profissional na USF

Variáveis	Agente Comunitário de Saúde					
	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
Idade*	26	52.4	52.2	8.2	37.5	70.7
Tempo de atuação profissional*	25	179.2	192.0	69.2	72	276

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Nota: *Três respostas omissas para idade e quatro para tempo de atuação profissional.

Análise individual das Unidades de Saúde da Família

Unidade de Saúde da Família 1

1) Análise de conteúdo das falas

Durante os encontros, ACS da USF 1 destacaram, prioritariamente, atitudes negativas de profissionais com formação técnica e superior com relação ao cuidado em saúde mental. Houve dificuldade de os próprios ACS reconhecerem suas possíveis atitudes negativas com relação às pessoas com transtorno mental. Em alguns momentos de reflexão, houve aproximação com as próprias atitudes, mas a prioridade foi a atitude dos demais profissionais da eSF. No entanto, ressalta-se que, no encontro no qual os ACS fizeram o registro levantando os pontos-chave, uma ACS optou registrá-los por meio de desenho (imagem da epígrafe), relatando sobre o quanto todos os profissionais da eSF, inclusive ACS, podem, mesmo sem intenção, machucar os usuários, pois as próprias feridas, se não curadas, podem contaminar outras pessoas. *“Podemos ser flor que também machuca”* (ACS 4). Assim, apesar da resistência, os demais ACS refletiram também sobre as próprias atitudes.

ACS também sentiram dificuldade em identificar o que acontece de positivo com relação ao cuidado em saúde mental na USF 1, mas com as reflexões propostas para os encontros e com as discussões que surgiram, reconheceram recursos e ações e, também, se reconheceram como protagonistas no cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, duas categorias temáticas principais foram construídas: *“Estigma reconhecido por meio de atitudes negativas de outros profissionais da saúde”* e *“Agentes Comunitários de Saúde como protagonistas no cuidado em saúde mental e reconhecimento de recursos”*. Nessas categorias, outros aspectos associados foram, também, interpretados por meio das falas dos ACS, como a identificação dos principais problemas e de alternativas de solução com relação ao cuidado em saúde mental na USF 1 tendo como foco a redução do estigma.

Estigma reconhecido por meio de atitudes negativas de outros profissionais de saúde

ACS compartilharam situações na USF envolvendo atitudes de profissionais com formação técnica e superior que não colaboram com o cuidado com usuários com transtorno mental. Entre fatores relacionados à falta de preparo e de formação, as atitudes pessoais influenciadas por crenças negativas com relação aos problemas de saúde mental tiveram destaque nas percepções dos ACS, o que implica limitações no acolhimento e na continuidade do cuidado dentro da USF. ACS também relataram incômodo sobre a forma como os profissionais falam e reagem em reunião de equipe quando ACS compartilham casos de usuários com transtorno mental.

Quando vem na unidade paciente com problema mental e procura ajuda, eles não são bem recebidos, os profissionais não estão preparados para atender, não são bem acolhidos! Muitos fazem deboche, fala que é frescura e falta de serviço e problema espiritual. Na verdade, muitas e muitas vezes o paciente volta sem atendimento, a situação do paciente só vai piorando. (ACS 6)

Tem paciente que já falou: “Não quero esse profissional aqui na minha casa!” [...] O usuário percebe quando não é bem acolhido, a gente percebe! (ACS2)

E nós, quando ouvimos dos técnicos algo que é,... Zombador, vou colocar essa palavra, sabe, pra gente... Olha, dói... Porque você tá lá na casa da pessoa, você tá vendo o que a pessoa tem, o que a pessoa não tem, então não é justo, porque ele só tá vendo o paciente aqui dentro da unidade, então a gente não aceita, assim, como a [nome] não aceitou, assim como a [nome] não aceitou, e eu não aceito! Eu não aceito! Eu acho que tem que ter respeito com os nossos pacientes! É respeito! (ACS 1)

Nessa perspectiva, ACS compartilharam também como se sentem enquanto trabalhadores de saúde que acompanham os usuários e constroem vínculo de forma diferente em relação aos demais profissionais da eSF. Além do incômodo com a forma como os profissionais falam sobre os usuários, ACS também se sentem desrespeitados e desacreditados, revelando que o profissional com formação técnica é mais valorizado do que eles pelo profissional com formação superior.

É perguntado pra todo mundo da equipe quem tem caso, todo mundo, de um por um. Técnicos não tem! Bastou nós começarmos a falar de um caso que a gente trouxe, o técnico já entra conhecendo, com críticas, desfaz do paciente, isso pra mim me detona, me joga por terra, ele não tinha caso até então, então ele falasse desse paciente... Eu fico muito triste, eu fico muito brava mesmo, sabe? Porque quem tá falando do caso sou eu, ele não tinha

o caso, então ele não tem o direito de interferir no caso que eu tô passando! “Ah é que vocês ACS sempre quer defender o paciente!” (ACS 1)

Eu me sinto totalmente inútil. Porque eu percebo, tanto da equipe técnica... tem as hierarquias né, aqui em cima eles põe os técnicos, então parece que ouvem mais o que eles estão falando do que a gente que foi lá na casa, aí parece que você tá falando, falando, e ninguém valoriza. (ACS 7)

Nós temos um saber que não é utilizado! Nós temos esse saber que tá perdido! Esse saber fica com a gente. (ACS 3)

Então é um lado, eu acho que a gente conhece nossos pacientes por um lado que os médicos não conhecem, e a gente às vezes tenta passar pra eles e não há muito interesse, porque o paciente chega lá, afere pressão, vai tomar isso aquilo, daqui seis meses você colhe de novo pra ver se abaixou seu colesterol, isso e aquilo. Eles agem de uma forma tão assim, metódica, não sei, fria, técnica, que o paciente não se abre. (ACS 2)

Um aspecto também discutido foi com relação à essência da Estratégia Saúde da Família (ESF) ter sido, em algum nível, perdida na USF 1, pois ACS com maior tempo de atuação percebem mudanças negativas no decorrer dos anos. Essas mudanças estão relacionadas às características de proximidade e vínculo de toda a equipe com os usuários e famílias da área de abrangência da unidade e, também, à integralidade e corresponsabilização do cuidado. Além disso, ACS percebem que profissionais com formação técnica não conhecem, muitas vezes, essas características.

Saúde da família perdeu o sentido, não é mais como no início! Antes era o médico generalista cuidando de todos os membros da família e nós, ACS, a gente morava no mesmo bairro da unidade que trabalhava! Então a gente era reconhecido. (ACS 1)

Nós, ACS, já fizemos vários treinamentos pra ser saúde da família, acredito que os médicos aqui formaram sendo saúde da família, só que os técnicos, os outros, os atendentes, nem sabem o que é saúde da família! Isso é o maior problema aqui na unidade! (ACS 2)

ACS também relataram sobre atitudes de profissionais da eSF que dificultam o atendimento devido à rigidez de protocolos. Houve, nesse sentido, a indicação de que a flexibilidade de protocolos em USF é necessária em algumas situações problemáticas envolvendo usuários com transtorno mental. Nesse aspecto, ACS discutiram, também, sobre a importância de treinamento para funcionários da recepção, especialmente.

Às vezes a gente vê que tem profissional que vê isso daí acontecer, “não, você não tem que acalmar no meu local de trabalho, tem que acalmar lá, pode falar pro familiar, você tem que ir lá acalmar, ela não pode vir aqui desse jeito!” Gente como que não pode vir aqui desse jeito? Sabe? A pessoa quer que você chega, tem que ficar lá quietinha na recepção, ficar esperando... Tem uns protocolos que são seguidos pela maioria, mas a

gente tem que também saber que se a pessoa surta igual essa menina naquele momento, ela não vai seguir nenhum dos protocolos que nós temos, não vai esperar na fila, não vai aguentar. Gente!!! (ACS 3)

E esse negócio de documento, aí você pede pra uma pessoa dessa voltar lá naqueles predinhos pra buscar um documento, você tem que ter noção, o agente vai lá, as pessoas conhecem, a recepção conhece esse paciente, a enfermagem conhece, o ACS conhece. “Quem é, onde mora. É esse?”. “É esse mesmo! É ele mesmo!”. Então eu acho que a gente tem que ter essa flexibilidade, porque às vezes não tem essa flexibilidade, depende do profissional que tá ali na hora, é muito ruim, sabe!? (ACS 3)

Eu acho que isso de uma forma geral, os profissionais, pra trabalhar em locais assim, desde o porteiro, recepção, inclusive o pessoal da limpeza, eu acho que eles teriam que, é, ter um treinamento pra isso, pra lidar. Aqui na nossa recepção a gente vê coisas absurdas que fazem com paciente nosso, todas nós já tivemos queixa de paciente com pessoal. E com o paciente com problema mental é pior ainda, porque... é um negócio que meio que assim, eu já vi a pessoa pegar a pasta na recepção, de olhar e falar assim: “ih, a lá, vou até pra lá tomar um café porque esse aí...” Não é por aí! Mas é preferível que saia do que ir lá e maltratar o paciente, como eu vi a mesma pessoa fazer, certo!? Que mandou ir lá pegar uma enxada e ir trabalhar, paciente com depressão grave! (ACS 2)

Outro aspecto discutido foi com relação às dificuldades em exercer o cuidado em saúde mental na APS e sobre as limitações acerca do acesso à saúde, mesmo com o reconhecimento de que a saúde é um direito. ACS refletiram sobre o acesso não ser apenas a existência dos serviços públicos de saúde, mas sim as condições ofertadas e a qualidade dos serviços.

Essa saúde nossa ela é gratuita, essa saúde nossa a pessoa pode vim aqui pra pegar o medicamento quando dado pelo médico, ela tem acesso, ela não tem gasto, ela tem os lugares tipo o CAPS pra ir, sabe? Então eu também vejo que tem um caminho pra ela poder ir, pra ela poder chegar, a gente ACS pra poder ouvir e buscar o problema lá dentro da casa dela, ter um olhar assim pra saber e trazer pra equipe. (ACS 1)

Eu concordo com a [nome], mas eu ainda acho que pra pessoa que tem transtorno mental né, ainda é muito pouco o que é oferecido, em termos de serviço, trabalho, é difícil. Às vezes a pessoa é encaminhada, mas ela não tem condições de ir, é tudo meio assim, complicado... As medicações não são todas que tem, não tem na rede... (ACS 2)

Acho que porque a demanda é muito grande pra tudo que a gente tem, as vezes a saúde mental é a última que tá lá na lista de atendimento, de prioridade, não é nem prioridade. Alguém que corta a cabeça e alguém que tá passando uma crise de tristeza, de depressão, você vai socorrer o do corte da cabeça. (ACS 3)

Esses aspectos poderiam ter conduzido a discussão para as barreiras políticas e institucionais e fragilidades da rede de saúde, e apesar da reflexão sobre essas questões, na USF 1 o foco não foi a invisibilidade da saúde mental enquanto política de saúde e o estigma estrutural, e sim as atitudes estigmatizantes de profissionais com formação técnica e superior. No entanto, pela própria estrutura

dos encontros baseada na metodologia da problematização e por meio da interação da pesquisadora com os ACS a partir das exposições e reflexões, ACS identificaram aspectos positivos, assim como recursos existentes que configuram cuidado em saúde mental e que podem ser alternativas de redução do estigma.

Agentes Comunitários de Saúde como protagonistas no cuidado em saúde mental e reconhecimento de recursos

Apesar de os ACS terem tido dificuldade em perceber aspectos positivos relacionados ao cuidado em saúde mental na USF 1, houve o reconhecimento de que o ACS é protagonista no cuidado, pois é o profissional da eSF que possui maior proximidade com os usuários e suas histórias.

Mas a gente não pode perder a esperança de ajudar, de ofertar o que o sistema tem. É pouco? É! Mas a gente é capaz de muita coisa sim. Eu amo o que eu faço, eu amo, faço mesmo de coração! E eu passei no decorrer de tantos anos da minha vida que eu trabalhei como ACS em situação em que a gente fala assim: “Poxa! Quem que vai bater na porta da tua casa e perguntar como você tá?” (ACS 5)

É a saúde que chega ali nesse momento, é alguém que se preocupa com a família deles, alguém que tá interessado no que tá acontecendo ali naquela casa, e quando eles vêm agradecer, eu sempre falo isso: “Olha, é o trabalho nosso lógico, e o que eu puder, dentro do que eu consigo ajeitar alguma coisa, eu faço, uma consulta, agilizar um exame, dar umas dicas... a gente tenta procurar fazer isso, sem ficar dependendo de outro profissional...” (ACS 3)

Não é que a gente, eu não sei, eu acho que nós temos um olhar diferente do que tem médico e enfermeiro, eu não sei se é pelo fato da gente ir na casa, da gente entrar, da gente ver... igual alguém aqui falou que às vezes o paciente comenta coisas com o médico e com a enfermeira que eles não comentam com a gente, mas em compensação também eles comentam coisas com a gente que não comentam com eles, coisas íntimas até. (ACS 2)

E você sabe o que é maravilhoso pra nós? Paciente chega na recepção e eles mandam chamar o agente! E aí a gente chega lá, aí a gente chega lá, vamos supor que a pessoa passou na UPA, né, aí chega na UPA e eles mudam o endereço lá, não sei, mexe! Aí o pessoal da recepção: “É cadastrado?”. “É cadastrado!”. “Ah mas não tá no hygia!”. “Mas é cadastrado, eu visito a família, é cadastrado!”. Até eles olham pra gente duvidando! E a pessoa me chamando pelo nome e eu chamando a pessoa pelo nome ali no balcão da recepção, é muito difícil eles acreditarem! Então é isso que eu falo, se eu tô falando como agente, é da minha área, é cadastrado, alguém mexeu no hygia lá... Resumindo, isso pra nós é bom! Isso, só de chamar mandar o agente, já diz alguma coisa! (ACS 1)

ACS também compartilharam sobre a importância de grupos de artesanato para os usuários da USF 1. Eles contaram sobre casos de usuários com

transtorno mental que começaram a participar do grupo e que tiveram evolução. Houve o reconhecimento de que o grupo funciona como oportunidade de oferecer um espaço de acolhimento para os usuários, onde as potencialidades podem ser identificadas e reconhecidas.

Quer dizer, foi um grupo, de ACS, que se dedicou a passar um pouquinho do que sabe pra essas mulheres! Ela [usuária] mudou totalmente, mudou mesmo! E tá fazendo salgado junto com uma amiga pra fora! Tá tomando medicamento? Tá tomando medicamento!! Mas ela acordou pra vida! Ela, sabe, como se diz, "eu posso fazer alguma coisa!". E você vê, ela aonde vê a gente, ela vem cumprimentar. É aquela coisa... Uma gota de um beija flor numa mata pegando fogo. Eu vejo dessa forma, eu fiz a minha parte, eu ajudei, eu quero ajudar! (ACS 1)

Com relação aos grupos de artesanato, uma ACS compartilhou, emocionada, uma história de quando trabalhava em outra USF sobre um usuário que fazia uso de substâncias e que chegou na USF pedindo ajuda, pois não suportava mais a vida que levava. A equipe abraçou e ele começou a participar do grupo de artesanato conduzido por ACS, conquistando uma recuperação bastante significativa e conhecendo outras formas de viver.

Você acredita que ele começou a trabalhar como pintor? Através do nosso grupo, daquilo que nós ensinamos!!? A minha vida de ACS já valeu a pena por causa dele!!! Já valeu a pena! E quando eu saí de lá, me deram uma orquídea, e por ele ser o homem do grupo, deram pra ele me entregar, e ele chorou!!!! (ACS se emociona). Eu falo que ele é meu orgulho! E por conta disso, o psiquiatra do CAPS um dia foi lá, e aí achou o trabalho tão bonito, tão proveitoso, que ele começou a mandar paciente pra nós. (ACS 2)

Além disso, foi também discutido que, apesar da predominância de aspectos negativos relacionados ao cuidado com as pessoas com transtorno mental, a equipe se mobiliza mais com relação aos casos graves e de maior vulnerabilidade na USF, indicando que casos graves têm mais visibilidade do que casos leves.

Mas outro dia mesmo eu fui lá fiz visita, a doutora passou medicação, ela foi medicada por outros profissionais, a doutora pediu e eu já fui várias e várias vezes fazer visita, já fui na casa dessa paciente muitas outras vezes, sabe? Então outro dia ela veio sem documento pra tomar remédio, aí me procuraram, "Oh a paciente tá aqui, você conhece ela, ela é de lá mesmo?". Aí a gerente liberou pra ela tomar sem a documentação, porque ela é paciente nossa. Então a unidade tá abraçando. (ACS 4)

A gente tem na nossa microárea uma paciente que está com problema mental grave, sabe? E eu achei isso muito interessante porque a equipe toda se moveu em ajudá-la mesmo. Do mesmo jeito que aconteceram coisas ruins, que acontecem, acontece muita coisa boa sim. A nossa enfermeira ela saía da unidade pra ir na casa da paciente pra buscar ela pra vir aqui na unidade tomar o medicamento injetável, porque a paciente já estava fora de si. (ACS 5)

A mobilização da equipe ocorre pela necessidade de medicação, evidenciando que, mesmo com a rigidez de protocolos, em algumas situações, a equipe flexibiliza as regras e prioriza o usuário com suas necessidades. A evidência dos casos de usuários com transtornos mentais graves na USF 1 foi um dos temas discutidos desde o primeiro encontro, no qual os ACS refletiram que usuários com transtornos mentais mais leves e recorrentes são mais estigmatizados. Além disso, compartilharam não apenas, percepções sobre os principais problemas com relação ao cuidado em saúde mental no contexto da APS, como também emoções relacionadas às histórias pessoais e profissionais influenciando nas crenças com relação às pessoas com transtorno mental.

2) Descrição dos encontros

Com a análise de conteúdo das falas, os encontros estruturados por meio da adaptação da metodologia da problematização estão apresentados no Quadro 6 abaixo. Ressalta-se que, com as atividades propostas, os ACS, além de compartilharem informações e trocarem experiências, registraram por meio de anotações aspectos que foram discutidos. Nesse sentido, no Quadro 6, encontra-se a descrição dos encontros na USF 1 por meio de síntese das interpretações acerca do conteúdo das falas, discussões e anotações.

Quadro 6 - Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 1

Etapas metodologia da problematização	Unidade de Saúde da Família 1
<p>Observação da realidade e identificação do problema</p> <p>Data: 05/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados das entrevistas individuais pela pesquisadora; • Temas priorizados pelo grupo: <ul style="list-style-type: none"> - Visibilidade dos transtornos mentais graves não pode ofuscar o estigma com relação aos transtornos mentais mais comuns; - Crenças e experiências anteriores não foram superadas, mesmo com a experiência profissional; - Desvalorização da saúde mental na APS; - Reações emocionais negativas são influenciadas pelo sentimento de desvalorização da profissão.
<p>Levantamento dos pontos-chave</p> <p>Data: 07/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamentos da pesquisadora: O que acontece de ruim com relação às pessoas com transtorno mental no contexto de trabalho de vocês? • <i>Aspecto primário:</i> Atitudes negativas de profissionais de saúde com formação técnica e superior

	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de empatia; - Negligência com o sofrimento dos usuários; - Dificuldade em ouvir, acolher e apoiar; - Humilhação e deboche; - Frequência de encaminhamentos (dispensa de usuários recorrentes na unidade e, por ficarem “chatos e irritantes”, são encaminhados para outros serviços); - Rigidez de protocolos; - Falta de humanidade; - Falta de preparo para atender; - Falas como “é frescura, falta de serviço e problema espiritual”; - Falta de ética; - Descrença com a possibilidade de o usuário ficar bem; - Falta de comprometimento; - Falta de paciência; - Falta de respeito; - Desconfiança com relação à reclamação do usuário e com relato dos ACS. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aspecto secundário:</i> Atitudes negativas dos ACS <ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga; - Falta de preparo; - Falta de formação; - Insegurança e desconforto; - Desmotivação com o trabalho; - Falta de coragem para atuar com afeto; - Feridas pessoais.
<p style="text-align: center;">Teorização</p> <p>Data: 07/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de conteúdo teórico pela pesquisadora; • Reflexões do grupo: <ul style="list-style-type: none"> - As pessoas não fazem ideia do sofrimento existente nas instituições psiquiátricas, e se fazem, se acostumam; - Crenças que foram construídas desde a infância com relação às pessoas com transtorno mental; - A forma como se fala com o outro é interpretada de diferentes maneiras e pode causar impactos de maneiras variadas; - Indignação com falas e atitudes de profissionais com mais formação e questionamento se conhecimento é suficiente para não ter estigma;
<p style="text-align: center;">Proposição de hipóteses de solução</p> <p>Data: 08/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: O que acontece ou pode acontecer de positivo no contexto de vocês com relação às pessoas com transtorno mental? • Movimento do grupo (aspectos positivos -> realidade -> aspectos negativos -> idealização -> aspectos positivos -> realidade -> hipóteses) • <i>Reconhecimento:</i> O ACS como protagonista no cuidado <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização da equipe com casos graves (acompanhamento); - ACS se reconhecendo na resolutividade e/ou evolução de casos (saúde na casa do usuário, disponibilidade de escuta, satisfação em ver o agradecimento do usuário) – “gota de um beija-flor numa mata pegando fogo”; - Grupo de artesanato (oportunidade para os usuários, chance do usuário ser ouvido e reconhecer capacidades, habilidades e potencialidades e chance do profissional olhar para o usuário

	<p>por outras perspectivas);</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACS aprendem a ter desprendimento; - ACS conhecem os usuários de uma maneira que alguns profissionais com formação técnica e superior não conhecem – e que não tem interesse em conhecer; - ACS conquistam os usuários por doses homeopáticas; a construção do vínculo é a ferramenta principal do cuidado. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ausências e hipóteses:</i> Das limitações às soluções <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilização de protocolos de atendimento; - Necessidade de treinamento desde a recepção; - Saúde da Família precisa voltar à origem, resgatar princípios (olhar territorializado, médicos e enfermeiros com maior abertura para ouvir os usuários); - Reconstrução social (questionar e superar experiências anteriores e cotidianas); - Cuidado além da medicação (outras atividades, mas que dependem do interesse da equipe como um todo, e não apenas de um ou dois profissionais); - Comunicação mais respeitosa por parte da equipe (equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem não é respeitosa quando ACS compartilham casos); - O saber do ACS precisa ser reconhecido - <i>“Nós temos um saber que não é utilizado! Nós temos esse saber que tá perdido! Esse saber fica com a gente”</i>.
<p>Aplicação à realidade</p> <p>Data: 08/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: Quais ações são necessárias para enfrentar os problemas que foram discutidos e que são possíveis de serem desenvolvidas aqui na unidade (que aconteça de forma prática)? <ul style="list-style-type: none"> - Grupos fixos - Cursos e capacitação - Mudança de protocolos

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

3) Plano de ações para a Unidade de Saúde da Família

No último encontro, os ACS identificaram a partir das discussões e questionamentos, quais ações necessárias para o enfrentamento dos problemas relacionados ao cuidado em saúde mental, com foco na redução do estigma com relação às pessoas com transtorno mental, e que poderiam ser executadas na USF 1 considerando sua realidade cotidiana. Assim, em conjunto com a pesquisadora, os ACS refletiram sobre estratégias exequíveis e elaboraram um plano de ações específicas. As ações estão descritas e apresentadas no Quadro 7 abaixo, com falas representativas.

Quadro 7 - Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 1

Ações – Unidade de Saúde da Família 1	Descrição
Grupos fixos	<ul style="list-style-type: none"> • Público: usuários com qualquer tipo de sofrimento mental • Frequência: uma vez por semana • Condução: profissionais especializados ou estagiários com formação em saúde mental (pois a USF possui parceria e convênios com universidade) • ACS podem colaborar, mas não como principais facilitadores • Formato: roda de conversa com técnicas específicas • Local: espaço aberto na USF, pois não tem salas disponíveis <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Usuários que são encaminhados lá pra Unaerp, longe pra caramba, a pessoa não vai!!!! E às vezes quando vai, chega e não tem vaga, ou ninguém avisa que não era pra ir... Um posto desse tamanho, tinha que ser atendido aqui... Tinha que ter um grupo de convivência com coordenação de profissionais capacitados”. (ACS 3)</i></p> <p><i>“Grupos assim existiam, mas foram interrompidos com a pandemia. Hoje eu tenho paciente que se curou assim, por causa desse grupo e ela sempre me pergunta quando esse grupo vai voltar, ‘se voltar me avisa!’. Deixar fixo esses grupos, uma vez por semana, ter uma frequência!”. (ACS 1)</i></p>
Cursos e capacitações para a equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Obrigatório para todos os profissionais • Desenvolver por categoria profissional (cada categoria tem um ritmo de trabalho) • Objetivo a ser incluído além da redução do estigma: resgatar a Saúde da Família (o que é, como funciona, quais as funções, princípios e objetivos – justificativa: não são todos os profissionais que sabem) • Foco: tecnologias leves • Urgência: recepção e técnicos <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Cursos para fazer parte do trabalho, porque se for pra quem quiser, ninguém vai...”. (ACS 7)</i></p> <p><i>“Mas não tinha que ser uma vez por mês na reunião geral, não, tinha que ter um dia específico pra parar e aí todo mundo... Mas por equipe...”. (ACS 1)</i></p> <p><i>“Eu acho que teria que ser separado por categoria profissional, só ACS, só recepção, só técnicos, só enfermagem, só médicos...”. (ACS 2)</i></p> <p><i>“Porque nós ACS temos nosso ritmo de trabalho, a gente vai trazer pro profissional o nosso jeito de trabalhar, o técnico de enfermagem tem o jeito dele atender lá, da vacina tem o jeito dela atender lá, tem recepção, que né!? E principalmente, o acolhimento, esse eu acho que é a chave de uma unidade, o acolhimento!!! Porque não tem!”. (ACS 3)</i></p> <p><i>“E precisa ser algo que resgate a Saúde da Família, porque igual conversamos, os técnicos não sabem... Não todos, claros, mas a grande maioria! E com foco em como acolher melhor nossos pacientes”. (ACS 1)</i></p>
Mudança de protocolos	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilizar rigidez para o atendimento • Avaliar a condição atual do usuário, seus comportamentos e, dependendo da condição, não deixá-lo esperando por muito tempo • Compreender a vulnerabilidade social (muitas vezes extrema) de

	<p>alguns usuários que chegam sem documentação – usuários que são da área de abrangência da USF, que ACS conhecem e fazem visita e que fazem acompanhamento na USF</p> <ul style="list-style-type: none"> • OBS.: não é deixar o usuário se aproveitar, mas entender a realidade e criar ações que facilitem o bem-estar geral na unidade <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“E assim, essa coisa dos protocolos também é importante né, a unidade ter um outro olhar, entender que tem situação que não vai ter jeito de seguir. Isso da documentação, sabe, é gente que vive em situações, como se diz, de... Muito precário! Você vai fazer o cadastro, não sabe nem a data de nascimento, às vezes não sabe nem o nome do marido! E é uma coisa que você vê que a pessoa não sabe! Teve uma vez que a paciente precisou ligar pro marido porque não sabia o nome, me deu o apelido dele!!! (risos)”. (ACS 3)</i></p> <p><i>“É, precisa entender melhor essa realidade que nós, ACS, conhecemos melhor dos nossos pacientes! De muita vulnerabilidade mesmo”. (ACS 2)</i></p> <p><i>“É que às vezes o profissional acha que é folga do usuário, de querer passar na frente, faz escândalo pra conseguir as coisas... Mas ué, nem sempre é assim não, igual o caso da menina que contei! (ACS 6)</i></p>
--	---

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Unidade de Saúde da Família 2

1) Análise de conteúdo das falas

Na USF 2, os ACS foram enfáticos ao compartilharem situações problemáticas envolvendo as relações interpessoais entre profissionais da eSF e usuários com transtorno mental, destacando atitudes negativas de toda a equipe, tanto em relação a casos leves quanto a casos graves. No entanto, houve ênfase com relação à fragilidade da rede de atenção à saúde, justificando as limitações e dificuldades relacionadas ao cuidado em saúde mental na APS, e também com relação à necessidade de ter profissionais especializados para melhor assistência aos usuários.

Devido ao formato dos encontros, com a participação da pesquisadora como observadora e facilitadora das discussões, os ACS conseguiram reconhecer recursos importantes que possibilitam o cuidado em saúde mental na USF 2, ressaltando que em alguns casos, esses recursos são insuficientes.

Nesse sentido, duas categorias temáticas foram construídas: “*Conexões entre o estigma da equipe de Saúde da Família e as limitações da rede de atenção*” e “*Agentes Comunitários de Saúde escutadores e atenção às urgências*”. Em cada

uma das categorias, aspectos relacionados às experiências dos ACS acerca do cuidado em saúde mental influenciaram as percepções sobre as possibilidades de soluções e ações na USF 2 para a redução do estigma.

Conexões entre o estigma da equipe de Saúde da Família e as limitações da rede de atenção

O estigma foi reconhecido por meio de seus elementos, como rotulação, estereótipos e distância social, no qual os ACS compartilharam situações em que a eSF reage de maneira negativa, com atitudes e comportamentos que não deveriam acontecer por se tratar de um serviço de saúde. Enquanto uma ACS argumentava que tais reações ocorrem tanto para usuários com transtorno mental leve, quanto para transtorno mental grave, outra ACS se colocava com a percepção de que a eSF reage dessa forma com usuários com idas frequentes à USF 2 e com queixas recorrentes.

Preconceito tem você sabe, né? Paciente que tem problema psiquiátrico apareceu na avenida, os funcionários já começam: “Oh o louco, oh o não sei que!”. E não só o psiquiátrico né, a pessoa que é um pouco diferente, já tem esse preconceito, a pessoa que é homossexual, a pessoa que é um pouco mais obesa, tem, imagina o psiquiátrico, com qualquer problema mental! ACS 1

Assim, só que também tem a pessoa que não sai daqui, então as pessoas já olham... ACS 2

É, mas tem... Mas se a pessoa não sai daqui é porque ela precisa, né, se ela não precisa, ela não vem! ACS 1

É, tem, tem muito, mas usa mais esse termo aí com aquele que mais vem aqui, né? ACS2

Até a gente mesmo sem querer, você acaba falando! Não tem como! ACS 1

Os ACS contaram situações em que a USF 2 não conseguiu lidar, indicando que a falta de preparo e o estigma provocam a ausência de acolhimento e a assistência necessária. Outro aspecto também compartilhado nessa mesma perspectiva foi com relação à descrença que os profissionais da eSF têm com as queixas que os usuários recorrentes verbalizam, evidenciando que, independente de o usuário estar ou não com o sintoma físico, alguma necessidade ele tem, e a eSF não consegue manejar.

Existe o estigma, a gente rotula, dá nome, é o PQU, infelizmente isso acontece. Uma vez chegou uma mulher aqui gritando, tirando a roupa, ninguém quis atender ela, ela foi ser atendida lá do outro lado da rua, porque um vizinho chamou a polícia e a polícia teve que conter. Os

profissionais se recusaram a atender, sabe? Ela veio no lugar certinho, não foi atendida, ninguém fez nada, ninguém quis se comprometer, ela atravessou a rua, aí chamaram a polícia. Você acredita nisso!?!?!? Ninguém fez nada, nada!! ACS 1

O paciente com transtorno até isso, às vezes chega sentindo uma dor no peito, alguma coisa nesse sentido: “Ah não, aquele paciente é psiquiátrico, é ansiedade, é crise, dispensa, mediu pressão? Tá boa? Não, deixa ela ir porque não é nada!”. Mas a pessoa está sentindo aquilo, né, eu passei por isso, era físico mesmo, eu estava sentindo. E se é paciente que já tem um diagnóstico, alguma coisa assim, chega com um sintoma como esse... “Não, pode mandar embora! Não é nada não, qualquer coisa manda ir na UPA, aqui não tem eletro, manda pra UPA!”. Então é complicado, acaba colocando todos os outros sintomas que a pessoa está sentindo como sequela ou sintoma psicológico, e às vezes a pessoa está sentindo de verdade. ACS 3

Além da rotulação e estereótipos reconhecidos que ocorrem na USF 2, os ACS dividiram que existe também o desejo de não se aproximarem de alguns usuários quando, por exemplo, evitam visita domiciliar. Nesse sentido, a esquivas de contato foi argumentada, também, como estratégia para evitar riscos do ACS devido a sua exposição.

Tenho uma paciente muito difícil que agora separou do marido e ela fala que agora o problema dela acabou, mas não acabou, ela continua do mesmo jeito! E ela é difícil, queixosa, não tem nada, não sente nada e sempre reclama, sempre vem. E eu percebo que até eu excludo, porque eu acabo deixando ela por último nas visitas, ou nem vou, porque eu sei que ela vai, nossa... Ela me absorve, fica contando as mesmas coisas, e quer que eu veja as coisas, então é isso! ACS 4

É, também tem que conhecer né, saber onde a gente está indo, porque... Igual aquele que eu te falei ontem, tem dia que eu não entro, que ele está tão alterado que eu não entro! Tem dia certo pra entrar, se está controlado, se está tomando o remédio direitinho, às vezes ele para de tomar o remédio, quer bater nas pessoas que vêm dar o remédio pra ele, eu chego, escuto os gritos, aí já nem entro, se não eu apanho né. Vishi, quero nem saber de entrar! Mas quando ele está bem eu entro, vou até lá no quarto conversar com ele, porque ele fica geralmente deitado, quando ele está tomando a medicação. Então não é tudo lindo mesmo! ACS 1

Além dos próprios ACS evitarem visita domiciliar, seja como reconhecimento de exclusão do usuário, seja como estratégia de proteção, eles compartilharam que outros profissionais da eSF também fogem de situações com demanda em saúde mental. Ainda, os ACS afirmaram que tem profissional que não faz visita domiciliar, simplesmente porque não tem afinidade.

[...] ele (usuário) se recusa a esse tratamento (CAPS), ele vai quando dá na telha e quando ele não quer ele não vai, “não quero é muito longe”. E a gente sabe que o paciente psiquiátrico tem essa dificuldade de chegar até o acesso e aí uma questão que a gente queria que fosse feita uma visita de enfermeiro ou algo do tipo e o profissional falou: “Não, ele já está em

atendimento pelo CAPS!”. Que não tinha necessidade de ir lá ver, e a gente estava desesperada, poxa eu queria que fosse lá, porque ele não vai nessa consulta como de fato não foi. Porque não necessariamente o fato do paciente ter sido encaminhado significa que ele vai, já é o resultado final, porque, às vezes, o paciente se recusa a ir, e na saúde da família a gente tem esse diferencial que é ir até a casa do paciente, e o profissional em questão falou que não tinha essa necessidade. ACS 3

O profissional tem uma agenda pra isso, fechadinha, bonitinha pra fazer visita, e não faz porque não gosta. ACS 1

Houve, portanto, o reconhecimento de que a eSF apresenta atitudes e comportamentos que reforçam a estigmatização dos usuários com transtorno mental. No entanto, os ACS, em sua maioria, concordaram que as pessoas com transtorno mental precisam de cuidado especializado e que a APS não consegue atender. Esse ponto de vista sugere que há, na USF 2, a ideia de que a responsabilidade com relação ao cuidado em saúde mental é do profissional com formação em saúde mental. Ainda, os ACS relataram que a rede de atenção à saúde é bastante limitada, destacando a descontinuidade do cuidado.

Os serviços, né, como eu disse ontem, deixam a desejar, para pacientes psiquiátricos... É muito ruim o serviço, a rede, é... eu acho que na maioria dos casos eu acho que tinha que ter um acompanhamento psicológico, o que é muito difícil conseguir psicólogo na rede, muito difícil! ACS 1

O que acontece é que falta estrutura, a APS não tem estrutura pra atender pessoas com problema psiquiátrico. E apesar de, assim, a gente sabe que essas pessoas chegam aqui e têm bastante na nossa área, é... Acaba que fica difícil, não temos psiquiatra aqui, clínico não dá conta, falta médico, aí o que acontece é que, nessas situações, o que acontece é o encaminhamento. ACS 2

Tem muito caso aqui que não dá pra ficar só aqui e só na escuta, né, no que a gente dá conta. Igual a [nome] falou, precisa de profissional psicólogo, e na rede não tem, isso é muito, muito falho. Fora que quando encaminha, muitas vezes o paciente não consegue seguir o tratamento, o acesso é difícil, longe, aí eles desistem mesmo. ACS 3

Eu acho que igual tem gente com problema de coração que precisa de cardiologista, gente com doença mental precisa de psiquiatra, de psicólogo. Se bem que tem tantos que tratam aqui com clínico, né... É fluoxetina, sertralina, ixi, como tem, tem demais! Mas seria bom que tivesse pra todo mundo que precisa, e não tem. ACS 8

As limitações relacionadas ao cuidado em saúde mental na APS conduziram as reflexões para a experiência com apoio matricial que a USF 2 tem. Os ACS não relataram experiência positiva, pois sentem bastante dificuldade em se relacionar com a equipe do matriciamento, uma vez que, para eles, existem desafios na comunicação, expectativas de resolução e sentimentos de desvalorização.

Tinha um apoio há uns 2 anos, de uma psiquiatra... Mas uma vez eu fui tentar falar com ela, ela falou: “Não, eu só falo com o enfermeiro!”. Aí eu já

estressei né, porque tem uma diferença muito grande. Aí você escuta uma coisa dessas você faz o quê? Se você tem um caso, como que você faz? Fico pensando se uma pessoa assim, formada, me trata assim, imagina com uma pessoa com transtorno mental? ACS 1

Hoje aqui no posto a gente tem uma equipe que matricia, o NASF, mas eu também ainda tenho muita dificuldade com eles, é que a gente espera alguma coisa mais rápida, mais objetiva... e o NASF, pelo menos assim, na minha área, não funciona! A gente passa os casos e pra minha microárea não tem uma devolutiva boa, a gente não consegue entrar num consenso e sei lá, ver alguma coisa que poderia ser feita pra determinados pacientes. Tem muita coisa que você traz e eles avaliam como "Ah, isso é leve, dá pra esperar. Não, agora não tem como marcar". E você está vendo que não é tão leve quanto parece, é algo que precisa de uma atenção. ACS 3

ACS da USF 2 manifestaram seus incômodos com atitudes estigmatizantes de profissionais da eSF, incluindo a própria categoria, se reconhecendo também como sujeito estigmatizante. Observam-se, ainda, sentimentos de desvalorização, de não ser ouvido por outros profissionais, principalmente pela equipe do apoio matricial. Além disso, durante as discussões, houve foco nas fragilidades das políticas públicas de saúde mental e na ideia de responsabilização do cuidado por profissionais especializados. No entanto, pela característica dos encontros, houve um movimento do grupo para explorar aspectos positivos que acontecem ou já aconteceram na USF 2, tendo como foco o reconhecimento de ações para a redução do estigma.

Agentes Comunitários de Saúde escutadores e atenção da equipe às urgências

ACS afirmaram sobre a necessidade de compreender melhor as histórias e contextos de vida dos usuários como um caminho para solucionar, ou amenizar, as reações emocionais negativas da equipe. Nesse aspecto, os ACS se perceberam como profissionais da eSF com maior sensibilidade devido à proximidade com a realidade de vida dos usuários, mas ainda houve o destaque de que é desafiador levar esse olhar para a equipe.

É, igual você falou, a gente tem que trabalhar isso na gente... Porque quando a gente vai conhecendo a pessoa, até um primeiro instante você fala, mas na hora que você passa a conhecer, aí você começa a ver por um outro ângulo, que pode ser uma carência, tem carência de alguma coisa, uma certa carência e aí essa pessoa pode até usar isso pra se proteger, essa forma que a pessoa adquire aí de, e deve ser uma forma de se proteger às vezes... auto defesa! ACS 2

Quando você começa a ouvir a história da pessoa, lá atrás, a história mostra muita coisa, então vamos ver o outro lado né? E muitas vezes as

pessoas não vê, só vê aquilo que está acontecendo ali naquele momento! A gente não pode ter esse preconceito com a pessoa, porque a gente não sabe o que aconteceu! Igual eu contei daquela minha paciente, que sofreu abuso quando criança, hoje toma medicamentos fortíssimos, tem umas manias de perseguição, mas assim, a gente tem que entender o que aconteceu. Muitas vezes os pacientes não têm muito com quem contar, às vezes não compartilham do problema com a família, e acabam falando com a gente, então a gente precisa ouvir a pessoa! ACS5

Essa questão da escuta, é o que a gente faz! A gente tem essa parte, mas, como já discutimos, a gente sabe que às vezes precisa de um pouquinho mais além da escuta. Essa parte da atenção acontece... [...] A gente pega desde o princípio, né, a gente ouve queixas das pessoas, eu acho que a gente consegue ter um pouco mais de compaixão, de empatia, né. A gente consegue, quando a gente está dentro da casa da pessoa, é o paciente com transtorno mental, desde que ele não tenha o surto, é considerado como “a pessoa que está dando chique, isso daí é besteira, é pra chamar a atenção!” E quando você está na casa da pessoa, você vê que não é isso, você começa a conhecer mais e ver que a pessoa não está legal, não é chique, não é uma questão de chamar atenção ou não, e, às vezes, é difícil a gente conseguir trazer isso pra equipe e fazer com que a equipe entenda que aquela pessoa precisa de uma atenção, precisa de uma ajuda, antes que aquele transtorno se transforme em algo muito mais sério. Eu acho que a gente, ACS, consegue ter um pouco mais de sensibilidade. ACS 3

Eu me vejo um pouco como terapeuta, porque muitas vezes eu acabo escutando coisas que, às vezes, eles não chegam até a unidade. E aí eles acabam passando pra mim, e às vezes, em algum momento, eu acabo até solucionando mesmo, sem precisar de resolverem aqui, porque se vem, demora o atendimento, não tem vaga, precisa de levar em reunião, e a gente vê que a pessoa precisa pra agora e não pra depois. Eu me sinto uma terapeuta, de tudo um pouco. Não vou receitar remédio, não vou encaminhar pra outra especialidade, lógico, mas eu acho que umas palavras, ouvir, escutar, escutar as histórias, eu consigo! ACS 4

Nessa perspectiva, os ACS compartilharam também seu papel de intermediador nas relações e no cuidado, buscando um convívio mais saudável dentro da USF 2. Essa atitude revela, mais uma vez, a importância do vínculo e a proximidade que o ACS tem com os usuários e família.

Tinha um paciente com problema mental, que a situação era muito complicada, a mãe falava que não dava pra deixar ele sozinho, porque ele tinha muitas crises e ficava violento mesmo, até já quebrou o nariz da mãe uma vez, e ele quase não conversava... E a mãe também quando vinha aqui chegava sempre de cara amarrada, fazendo barraco, e aí depois que fui fazendo as visitas, e aproximando, eu fui conversando com ela, deu pra entender um pouco da história... Tem várias coisas ruins que foram acontecendo na vida, tudo bem complicado mesmo, mas aí fui conversando com ela, falando que não dava pra ela chegar aqui sempre com a cara fechada, sempre fazendo barraco, já armada, porque assim fica difícil. Aí fui conversando e depois quando ela vinha começou a dar uma maneirada, né, aí ela foi entendendo o sentido da coisa. Então eu via, assim, muito sofrimento mesmo né, mas ao mesmo tempo não dá pra descontar nos outros né... Realmente era muito difícil a vida dela, quem não conhecia a vida dela não conseguia entender nada né, mas também descontar nos outros não dá. ACS 6

Uma vez eu precisei entrar no rolo de um paciente meu que estava lá na frente, estava bastante estressado, aí me chamaram, fui lá, tentei, ainda ficou nervoso, mas depois sossegou. Então isso acontece, né, a gente vai tentando, às vezes dá certo, às vezes não... ACS 8

Assim como na USF 1, ACS da USF 2 indicaram que, apesar das atitudes e comportamentos muitas vezes impacientes e irritados dos profissionais da eSF, há mobilização com relação aos casos graves que necessitam de intervenção urgente. Houve questionamento sobre a equipe se mobilizar quando a situação já está agravada.

Eu tive um caso que eles deram atenção, foi resolvido, vocês lembram da [nome] que ficou sem fala, ficou assim um tempão!? Então, a gente foi lá, foi passar com a dra. [nome], porque ela ficou 3 meses sem falar... Aí a equipe foi, até melhorar, esse foi um dos casos que eu sei que teve uma evolução porque a equipe se mobilizou. ACS 7

Na nossa equipe ela é muito especial, né, ela [enfermeira] fica muitas vezes nervosa, até chateada, porque se vê de mãos atadas e não consegue ajudar mais o paciente, então ela é bem dedicada mesmo, às vezes ela até sofre de não poder ajudar, ela se esforça muito. ACS 6

Então, em casos mais gritantes, assim, a gente vê que a equipe age né, tem uma, uma... uma mobilização maior. Mas assim, é difícil, né, porque esperar chegar nesse ponto!? Qual é a régua que se usa, sabe!? Aqui eu atuo, aqui não. Difícil, né!? ACS 3

Observa-se que os ACS da USF 2 reconhecem ações positivas da eSF de forma geral, mas também questionam sobre a efetividade dessas ações, tendo em vista a gravidade de algumas situações de saúde mental. Além disso, os ACS também reconhecem o desafio de levarem reflexões e questionamentos para os demais profissionais da eSF, em busca de maior aproximação com as histórias de vida dos usuários, suas realidades e seus contextos. Essa proximidade com os usuários e as famílias é, sem dúvida, a principal característica da ESF, e vivenciada de forma mais intensa pelos ACS. No entanto, toda a eSF precisa se apropriar desta característica para alcançar a integralidade do cuidado.

4) Descrição dos encontros

Com a análise de conteúdo das falas, os encontros estruturados por meio da adaptação da metodologia da problematização estão apresentados no Quadro 8 abaixo. Ressalta-se que, com as atividades propostas, os ACS, além de compartilharem informações e trocarem experiências, registraram, por meio de

anotações, aspectos que foram discutidos. Nesse sentido, no Quadro 8, são descritos os encontros na USF 2 por meio de síntese das interpretações do conteúdo das falas, discussões e anotações.

Quadro 8 - Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 2

ETAPAS METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO	ADAPTAÇÃO - UNIDADE DE SAÚDE 2
<p>Observação da realidade e identificação do problema</p> <p>Data: 13/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados das entrevistas individuais pela pesquisadora; • Temas priorizados pelo grupo: <ul style="list-style-type: none"> - ACS estão mais expostos (vulneráveis) do que qualquer outro profissional; - Construção de estratégias para preservar a própria saúde mental; - Rede de atenção à saúde é falha (serviços de saúde mental escassos); - APS não tem estrutura para o cuidado em saúde mental.
<p>Levantamento dos pontos-chave</p> <p>Data: 14/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamentos da pesquisadora: O que acontece de ruim com relação às pessoas com transtorno mental no contexto de trabalho de vocês? • <i>Aspectos principais:</i> Atitudes negativas em toda a equipe, especialmente em profissionais com formação técnica e superior. <ul style="list-style-type: none"> - Usuário com transtorno mental é discriminado antes mesmo de entrar na unidade; - Equipe de saúde se irrita com usuários recorrentes e queixosos; - Equipe de saúde não sabe lidar com a carência emocional dos usuários; - Equipe de saúde rotula; - Falta de ética ao falar sobre o usuário; - Falta de profissionalismo; - Falta de empatia; - Usuários chegam com “autodefesa” com medo de serem maltratados; - Profissionais com formação técnica e superior não têm interesse em ouvir a história de vida dos usuários; - Descontinuidade do cuidado; - Desarticulação com a rede; - ACS excluem quando evitam visita; - Escuta é insuficiente em alguns casos; - Profissionais com formação superior não fazem visita por não gostarem; - Equipe de saúde já acionou a polícia para lidar com usuário em surto psicótico.

<p style="text-align: center;">Teorização</p> <p>Data: 14/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de conteúdo teórico pela pesquisadora; • Reflexões do grupo: <ul style="list-style-type: none"> - Institucionalização ainda é presente e o estigma é cultural; - Estereótipos são produzidos de forma automática, sem perceber; - Conscientização de que precisa de ajuda é um desafio; - O estigma internalizado é o principal fator para a pessoa não aderir ao tratamento? - A família contribui muito com a estigmatização, pois muitas não aceitam e, conseqüentemente, não apoiam.
<p style="text-align: center;">Proposição de hipóteses de solução</p> <p>Data: 19/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: O que acontece ou pode acontecer de positivo no contexto de vocês com relação às pessoas com transtorno mental? • Movimento do grupo (aspectos negativos -> realidade -> aspectos positivos -> hipóteses) • <i>Reconhecimento:</i> A equipe atua de acordo com os recursos existentes <ul style="list-style-type: none"> - ACS tem mais empatia e sensibilidade; - Escuta; - Mobilização da equipe com casos graves (acompanhamento); - ACS como “terapeuta” (intimidade compartilhada); - Alguns profissionais com formação técnica e superior fazem o possível e o impossível dentro do que existe disponível; - Grupo de artesanato (espaço de engajamento e relaxamento). • <i>Ausências e hipóteses:</i> Das limitações às soluções <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver interesse pela história de vida por parte dos profissionais com formação técnica e superior; - Dar atenção às queixas (acreditar no que o usuário fala); - Quebrar barreiras para facilitar o acolhimento e entender as reais necessidades; - Matriciamento com maior resolutividade; - Comunicação da equipe mais respeitosa; - Equipe de saúde com responsabilidade para cumprir agenda de visita; - Atividades de prevenção.
<p style="text-align: center;">Aplicação à realidade</p> <p>Data: 19/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: Quais ações são necessárias para enfrentar os problemas que foram discutidos e que são possíveis de serem desenvolvidas aqui na unidade (que aconteça de forma prática)? <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão em reuniões de equipe - Grupo aberto - Capacitação para a equipe

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

5) Plano de ações para a Unidade de Saúde da Família

Em conjunto com a pesquisadora e por meio das reflexões e exposições dos problemas, das percepções e das ideias, os ACS discutiram, com base nas experiências de seu contexto de trabalho, alternativas e soluções para o cuidado em saúde mental possíveis de implementação na USF 2. O plano de ações elaborado está descrito e apresentado no Quadro 9 abaixo, junto às falas representativas.

Quadro 9 - Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 2

Ações – Unidade de Saúde da Família 2	Descrição
Reflexão em reuniões de equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: evitar rótulos e desrespeito • ACS se colocar quando se sentir incomodado com falas e quando perceber desrespeito de outros profissionais com usuários com sofrimento mental • Comunicar de forma assertiva compartilhando a necessidade de empatia diante de algumas situações • Mostrar que qualquer pessoa pode passar por experiências com sofrimento mental • Incentivar a escuta das histórias de vida e a contextualização dos problemas <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Às vezes eu até solto umas coisas que não deveria, mas é o meu jeito, sabe! Às vezes escuto umas frases, eu não aguento, eu falo ‘Ow, pelo amor de Deus, você está se escutando? Você está escutando o que você tá falando?’. Mas sei lá, acho que eu não tenho que ficar falando nada pro outro, né, tenho que mudar isso... Mas é cada uma... ‘Uma senhora de cor, é aquele gay, é aquele louco’, é cada coisa que você escuta aqui às vezes, que nossa, eu fico bem irritada! Mas eu também tenho que mudar meu jeito né, tenho que mudar a mim! Mas também acho importante se horrorizar”. ACS 1</i></p> <p><i>“Não tem como você ajudar o outro né, se você tem o estigma, você tem que melhorar isso em você, depende você fala ‘oh a doida’, você tem que pensar, poxa, não posso falar assim. Porque com o outro é muito complicado, eu acho que tem que trabalhar na gente mesmo!” ACS 3</i></p> <p><i>“Acho que cabe a gente dar uns alertas, né, quando incomoda, quando mexe com a gente, porque está todo mundo exposto, qualquer um da gente pode ter um problema psiquiátrico”. ACS 5</i></p>
Grupo aberto	<ul style="list-style-type: none"> • Público: qualquer usuário atendido na USF, não apenas usuário com sofrimento mental • Condução: profissionais especializados • Frequência: uma vez por semana • Atividades como prevenção com foco no bem-estar e exposição de possíveis problemas • Rodas de conversa <p><u>Falas representativas:</u></p>

	<p><i>“Teria que ser um grupo aberto, não só para pacientes com transtorno mental, igual já teve aqui antes da pandemia, a gente tinha esses grupos. Artesanato teve muito tempo! Mas com a pandemia foi interrompido e não voltou mais. Aí tirou a sala de artesanato!” ACS 5</i></p> <p><i>“Porque eu penso assim, mesmo que não tenha nada, alguma coisa você tem! Porque se você vem é porque você quer distrair sua cabeça, se tem muito problema em casa, mas não é depressiva. Então é mais como uma prevenção, né? ACS 4</i></p> <p><i>“Poderia ser uma coisa descontraída, ter uma frequência, igual tinha o [nome da atividade], com roda de conversa... [...] Alguém mais entendido conduzindo, porque é importante ter esse conhecimento também. Fora que os ACS que faziam o grupo de artesanato não estão mais aqui, e a gente não tem perna pra isso”. ACS 6</i></p>
Capacitação para a equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: reconhecer o sofrimento e impactos do estigma • Desenvolver durante as reuniões de equipe (com todos juntos não é produtivo) • Foco: treinamento por sensibilização (mostrar a realidade por meio de atividades que ajudem a não julgar e que incentivem a importância de reconhecer a realidade de vida; ex.: vídeos-palestras com depoimentos de pessoas com sofrimento mental) <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Isso de capacitação é interessante, mas assim, é difícil também, a equipe não se interessa, com todo mundo junto ninguém presta atenção, é complicado. Se bem que a gente já teve algumas experiências boas, mas sei lá, acho que se for nas reuniões de equipe, mais de perto”. ACS 1</i></p> <p><i>“Na reunião de equipe é uma boa, porque aí dá pra mostrar a partir dos casos também, tinha que... Ah tinha que ter mais emoção, mostrar mesmo a realidade de quem passa por isso, com vídeos-palestra, porque isso é real e as pessoas sofrem”. ACS 5</i></p>

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Unidade de Saúde da Família 3

1) Análise de conteúdo das falas

A USF 3 foi a unidade com maior distanciamento com a lógica de cuidado em saúde mental na APS. Os ACS, em sua maioria, bastante insatisfeitos com a estrutura da rede de atenção à saúde, tiveram dificuldade em identificar situações na USF 3 que pudessem configurar estigma com relação às pessoas com transtorno mental. Houve, predominantemente, a culpabilização dos problemas nas políticas de saúde, nas limitações da assistência e descontinuidade do cuidado. Em alguns momentos durante os encontros, com o incentivo, questionamentos e provocações da pesquisadora, os ACS compartilharam situações envolvendo saúde mental e, assim, se aproximaram de reflexões com maior abertura para novos olhares e

formas de cuidado. No entanto, os destaques foram com relação à falta de estrutura da rede, responsabilidade e ausência de profissionais especializados em saúde mental e insatisfação com o trabalho do ACS.

Nesse sentido, devido ao perfil do grupo e às principais discussões durante os três encontros, em um movimento quase dialético de construção e desconstrução e reconstrução de ideias e pensamentos, apenas uma categoria temática foi construída: *“Das políticas públicas insuficientes às possibilidades de cuidado em saúde mental”*.

Das políticas públicas insuficientes às possibilidades de cuidado em saúde mental

Apesar da importância de refletir sobre os desafios no cuidado em saúde mental relacionados ao sistema de saúde público brasileiro, o processo de reflexão dos ACS foi, de modo quase integral, de transferência/terceirização dos problemas, sem muito direcionamento do olhar para o contexto da USF 3. As limitações relacionadas ao baixo investimento para as políticas de saúde mental precisam ser discutidas, mas o foco do estudo foi trabalhar com o cenário possível, e não o ideal. Assim, a pesquisadora necessitou de esforço para conduzir as discussões, percebendo e acolhendo os incômodos dos ACS (que são legítimos), mas motivando reflexões em busca de alternativas possíveis.

Os ACS enfatizaram que o principal desafio com relação ao cuidado em saúde mental é a falta de vaga em serviços de saúde, falta de profissionais especializados e, conseqüentemente, limitações no tratamento, impactando de forma grave a vida das pessoas com transtorno mental.

De preconceito, assim, eu acho que não presenciei muita coisa, mas acho que é mais a demora né, de atendimento, do paciente psiquiátrico muitas vezes conseguir chegar, dependendo do serviço e tudo mais, essa demora às vezes atrapalha o tratamento, porque às vezes o paciente está precisando pra ontem, dependendo da situação né, então até conseguir um encaixe com psiquiatra, acho que isso atrapalha. ACS 1

Acontece que vai pra UPA né, e quando consegue fica ali na UPA esperando vaga, algum atendimento, a família muitas vezes acaba deixando o paciente ali preso, acaba segurando ele lá dentro, e muitas vezes ele fica sem comida, sem lugar pra sentar, sem água, e tem que ficar lá segurando o paciente lá até alguém atender, e não é um dia só, são vários dias, são vários dias do paciente ficar na UPA naquela situação, até ir pra algum lugar, um hospital. Já vi relatos disso dos próprios pacientes, inclusive. ACS 2

Eu já tive relato de paciente da minha área, surtou, usuário de drogas, a família desesperada, não sabia o que fazia, o paciente em surto, ficava

atormentando a vizinha e a vizinha com criança e ele surtado, então foi uma situação muito difícil, então tem isso aí, vai pra UPA, espera pra direcionar, então você percebe a agonia da família, né, de quem está próximo, então é meio complicado, a gente se sente também impotente, porque não é de imediato, né? ACS 3

É muito complicado, precisa ter uma continuidade, ter uma rede de apoio maior nessa questão né, vai pra UPA, medica e depois? E o tratamento? Eu sei que não é fácil, mas acho que né, o paciente vai esperar, vai resolver o que para o paciente, sendo que ele precisa de atendimento na hora!? ACS 1

Observa-se, também, desconforto dos ACS com relação à ideia transmitida sobre o que é a Estratégia Saúde da Família e o que, realmente, acontece na prática cotidiana. Além de desenvolverem sentimento de frustração e impotência diante da falta de assistência e cuidados necessários com os usuários com transtorno mental, os ACS também revelaram descontentamento com o suporte da rede com relação à formação, como falta de cursos e orientações sobre os serviços de saúde e suas disponibilidades, funcionamento e características.

Na realidade, o que é falado, o que é mostrado sobre a Saúde da Família na teoria, é uma coisa, na prática não é como é falado. Muitas vezes não é resolvida a maioria das coisas. É resolvido aqueles casos mais fracos, que são mais fáceis. Muita coisa que é falado, de como funciona como um todo, não funciona! Então, assim, é um programa que não funciona da forma como se fala. ACS 4

A gente queria apresentar, como a gente vai na casa do paciente, a gente apresenta o programa, a gente traz muita das vezes traz o paciente, então a gente trabalha não com a doença, mas com a prevenção, então a gente consegue trazer esse usuário pra cá, e a gente apresenta tudo isso que ela está falando, só que aí a gente se esbarra em um monte de coisas que não funcionam, né? Então a gente fica frustrado. E aí o paciente volta pra gente com essa cobrança também. E aí eu trago essa paciente pra cá, eu trouxe ela pra cá, agora a minha ansiedade é com a resposta que ela vai ter, se ela vai conseguir esse acompanhamento, esse seguimento. ACS 5

É um balde de água fria que a gente leva! Ver o paciente precisando de ajuda abala a gente, a gente vai perdendo o brilho. ACS 6

Antigamente a gente até tinha um pouco mais de informação, a gente ouvia falar mais sobre essas coisas, tinha mais reunião, hoje não se houve falar, a gente não sabe muito bem como funciona os atendimentos nos CAPS. A gente era mais informado, vinha gente do serviço falando sobre o que era, locais que os pacientes tinham direito. A gente tinha curso, a gente frequentou muitos cursos, de saúde mental, de todas as áreas. O ano inteiro a gente tinha curso, há anos a gente não tem mais nada. Não temos informação de nada mais, a gente nem sabe como funciona a área da saúde. Agora, é tudo número, é só número. A gente não sabe se é a mesma coisa daquela época, se teve evolução, se não teve, a gente não sabe! ACS 4

Os ACS demonstraram, também, sentimentos de desvalorização no trabalho, assim como os ACS das USF 1 e USF 2 compartilharam. Nesse momento,

à medida em que os ACS manifestaram incômodos com reações e atitudes negativas dos demais profissionais da equipe, aproximações com o estigma com relação às pessoas com transtorno mental também foram sendo construídas. Situações em que os profissionais inferiorizam alguns usuários foram compartilhadas e questionadas, pelos ACS, sobre a existência do estigma.

O ACS não é reconhecido desde que comecei a trabalhar, faz 22 anos como agente. Isso é visível. É visível em todos os sentidos, não só aqui dentro, como lá dentro da prefeitura, em todo lugar! Assim, somos sugados. Muito sugados, até a última gota, não tem mais nem gota pra sugar e está sugando, mas não somos valorizados. Tudo é o agente comunitário, tudo somos nós... “Ah não sei que lá!?”. Agente comunitário! Ah não sei que lá? O agente comunitário!”. Tudo fica nas nossas costas. ACS 4

E o que deixa a gente às vezes muito chateado é que nós recebemos até chacota às vezes, sabe? O profissional não dá muita importância pro nosso trabalho, viramos piada, meme. “O paciente é seu!”. Eu falo, “não, o paciente não é meu, o paciente é da unidade!”. A partir do momento que o paciente coloca os pés ali, que ele entra na unidade, ele é da unidade. ACS 5

Quando o paciente é bonzinho, o paciente é da equipe, quando é o paciente que dá trabalho, é do agente! Aqui tem estigma, não tem!? ACS 4

Nessa perspectiva, entre o sentimento de desvalorização, sobrecarga de trabalho e aproximações com questões envolvendo o estigma, os ACS relataram sobre a equipe (tanto profissionais com formação técnica e superior quanto ACS) evitar visitas domiciliares com o intuito de manejar as demandas e atividades e de se proteger emocionalmente, assim como aconteceu na USF 2. Houve a reflexão de que o desvio de rota para evitar determinadas visitas, além de autoproteção, pode ser, também, uma atitude estigmatizante.

O certo é a gente fazer visita todos os dias, manhã e à tarde, mas a gente não dá conta, a gente adocece com isso. O físico tem como descansar, a mente não. Então às vezes a gente evita de ir em certas casas, às vezes a gente não está boa, “hoje eu não vou sair”, porque como posso ajudar alguém que precisa ser ouvido se eu não estou bem? Pra você ouvir você tem que estar bem! ACS 4

Tem dia que você evita passar numa rua porque você sabe que tem algum paciente que te suga demais, fora que também tem que cumprir outras funções, tem folha, tem papel, tem computador, tem não sei o que, então já sai daqui carregada, aí você já passa longe, porque aí você vai perder o dia inteiro ali! ACS 7

O médico, o enfermeiro, o auxiliar, o ACS, muitas vezes não querem chegar perto dos problemas, dos casos de saúde mental. ACS 3

Comigo mesmo aconteceu, a enfermeira falou, “vamos, preciso ir em visita com você, onde você tem que ir?” Falei “oh, fulano, fulano e fulano”. Ela “ah não, então não vou não”. A gente sabe que a situação não tem como resolver mas porque já esbarrou nas burocracias todas que conversamos, a gente se frustra, então o que sobra pra gente é o estigma. ACS 2

Comigo também, falou “não vamos passar aqui não porque vai atrasar a gente!”, e na volta foi a mesma coisa. ACS 4

De forma gradual, absorvendo os questionamentos e reflexões, os ACS compartilharam situações problemáticas envolvendo relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários com transtorno mental. Assim como na USF 1, houve a percepção de que a rigidez dos protocolos de atendimento pode atrapalhar no cuidado e, às vezes, levar a situações mais sérias. No entanto, na USF 3, as discussões foram, de forma persistente, conduzidas às barreiras políticas, institucionais e estruturais.

Eu tenho uma paciente que é recorrente aqui na unidade, ela não tem paciência, ela chega aqui e não tem vaga, aí ela surta, chuta, grita, ela não agride, mas xinga, fala palavrão, ela surta mesmo. Quando ela vem em consulta, tem pessoas que ficam incomodadas, conhecem o quadro dela e fica só esperando ela surtar. Está certo que tem agenda, tem protocolo, tem tudo, mas com paciente assim, precisa ter uma flexibilidade. [...] Eu acho que é despeito deles, porque ela sabe que vai ser atendida e gera todo um desgaste, então se mudar a estratégia, talvez não fica assim sempre, toda vez que vem. Porque acaba atendendo! Então se mudar alguma coisa nesses protocolos, gera menos desgaste na equipe. Então pra não chegar nisso tudo, no barraco, no desgaste, por que não mudar a estratégia? Porque acaba atendendo, mesmo com esse protocolo rígido! Não é assim, até nos nossos relacionamentos, se você começa a tratar bem a pessoa, a pessoa não muda com você? ACS 2

Ontem mesmo eu trouxe uma guia de um paciente pra remarcar, paciente perdeu o exame. O retorno que eu recebi de um colega na hora que eu fui entregar a guia, ele falou assim: “Sabe o que era o correto pra esse paciente? Ele passar em atendimento de novo!”. Eu falei, “não! Isso daqui não foi um caso aleatório, ele não faltou porque ele quis, o paciente está num quadro de depressão, ele tomou 8 comprimidos pra não acordar!”. Então é certo eu tirar o encaminhamento dele pra ele voltar lá pra trás??? Então assim, a gente tem esse olhar, a gente consegue absorver isso! Só que a outra pessoa que fica lá por trás de um vidro, “ah não veio porque fica aí, é relaxado, tem que pegar e voltar pra fila!”. Então a gente vê que falta uma compreensão, um olhar diferente. ACS 5

É, se o paciente chega aqui, não é atendido, a unidade vira as costas pro paciente e ele vai embora, a gente nunca vai saber o que pode acontecer, mas e se acontece o pior? ACS 3

Eu acho que o estigma não existe, na verdade, a gente tenta resolver os problemas até onde dá para resolver, porque na realidade, no acolhimento, eles também são barrados em muita coisa, ali eles têm que cumprir regras. O usuário com transtorno mental é prejudicado por não ter o atendimento, não pela atitude do profissional. Porque eles chegam ali no acolhimento e tudo tem uma regra, se chegar, tudo tem um limite, eles têm que seguir um protocolo. Alguns protocolos barram, não por eles, mas pelo próprio protocolo. E às vezes nem chega até eles, já é barrado na recepção. ACS 4

Os ACS, no terceiro encontro, entraram no movimento de perceber recursos existentes e o que acontece de positivo na USF 3, ou que pode acontecer,

com relação ao cuidado em saúde mental. Destaca-se, especificamente, o olhar de uma ACS voltado para a lógica de cuidado pautada no acolhimento, na territorialização, na escuta e construção de vínculo, características principais do cuidado em saúde mental na APS. Resgatando discussões a respeito dos protocolos de atendimento, a ACS compartilhou situações exemplificando a importância da disponibilidade de escuta dos profissionais e da USF para acolher usuários em sofrimento, revelando a necessidade de fortalecimento do acolhimento enquanto cuidado em saúde mental na APS.

A pessoa quando vem aqui, independente do que ela fala, ela precisa ser ouvida, então eu acho que muitas vezes falta isso na equipe. A pessoa quando chega, ela precisa passar pelo acolhimento, e isso acontece, mas como tem sido esse acolhimento, né? Porque se uma pessoa em sofrimento profundo, numa crise de ansiedade e chega aqui e recebe um “não tem vaga”, e ela volta pra casa e pode pegar uma corda. É o que eu falo, se a equipe for mais flexível, o trabalho fica mais leve! ACS 3

Já passei por situação que eu cheguei no momento em que ela estava olhando pra uma corda. Ela falou: “Nossa, você chegou!?”. O contexto era bem vulnerável, sem trabalho, filho usuário de droga, cheio de problema na escola, e aí quando eu cheguei que ela foi me atender, ela falou. Nossa, foi muito difícil, fui conversando com ela... Fiquei do lado dela, falei pra gente conversar um pouquinho... “Primeira coisa, deixa eu te dar um abraço” - porque eu fiquei com uma vontade de abraçar ela, aí ela me abraçou, mas ela chorava!!! E eu tentando ficar bem também, e fui tentando, conversando. Fui explicando que ela poderia ir, conversar com enfermeira, médico, então assim, é aquilo, é ouvir pra poder ajudar um pouco mais. Então é isso que eu sinto, se é saúde, tem que ter o acolhimento. E vejo que, às vezes, se algum profissional quebra protocolo de atendimento para atender um caso assim, por exemplo, tem gente que se incomoda, não entende. ACS 3

Tinha que ser tudo bem diferente, né, tratar o paciente, recolher pra uma casa né, estar próximo da família. O paciente de saúde mental é uma pessoa pro acolhimento. Às vezes está doendo o dedo do pé, mas na verdade é aqui (coloca a mão no peito, dizendo que a dor é emocional). ACS 3

As pessoas que precisam melhorar, a gente mesmo! Por exemplo, a gente vem trabalhar, tem dia que a gente não está bem, mas a gente tem que estar, porque aqui é saúde! Nós, ACS, se precisamos fazer 10 visitas, tem dia que é impossível, porque em uma você fica mais tempo, como é o caso dessa mulher que contei, eu passei a manhã inteira. Foi desgastante pra mim? Foi! Mas fiz minha parte, fiz meu trabalho, me senti satisfeita depois, pensando em tudo. Então eu acho que precisa ter mesmo esse acolhimento, independente do caos. A gente sabe que o ACS, principalmente, não é reconhecido, não é valorizado, mas a gente precisa estar aqui. Tudo não começa na atenção básica? A maioria das pessoas precisa da atenção básica, então por isso a gente precisa estar aqui! ACS 3

Uma vez fui numa visita, paciente psiquiátrico, ele falou que a vida dele era daquele jeito mesmo, que tem vontade de morrer; ele faz acompanhamento, toma remédio. Mas eu sempre falo “Quando você precisar conversar com alguém, procura o posto de saúde!”. Porque às vezes não consegue a consulta com o psiquiatra. Ele tem que vir para um acolhimento, alguém tem que olhar pra ele né? “Se o médico estiver atendendo, pode me procurar!”. Sabe!? Eu falei e falo: “Você procura o posto de saúde!”. Alguém tem que

acolher! Acho que a gente precisa dar a informação para o paciente, fazer com que ele saiba que se ele precisar conversar com alguém, se precisar de apoio... “Se você não está bem, você procura o posto de saúde sim!”. ACS 3

O acolhimento, percebido como recurso importante no contexto da APS, foi também identificado em atitudes de profissionais com formação superior, em situações nas quais há bom envolvimento com o trabalho, com a equipe, com os usuários e na busca por soluções. Houve o reconhecimento de que quando um profissional se envolve, a equipe toda, de forma processual, conquista motivação.

Por um lado, assim, a nossa equipe trocou de médico, veio uma outra médica e assim, eu tenho notado diferença, né. E uma diferença boa porque ela interage com o paciente, e isso... Essa motivação que ela tem reflete na equipe, então ela é uma pessoa muito envolvida, e eu tenho sentido muita diferença em relação a isso. Não é número pra ela, é o paciente. Então isso daí me motiva! Então, a gente tem uma aproximação muito boa, porque eu não preciso nem de uma enfermeira pra estar chegando nela, eu tenho essa abertura de chegar e falar diretamente com ela sobre determinado paciente, determinada situação e ela me dá retorno quase que imediato! Então isso daí é uma resposta muito boa, é um ponto positivo, agora, diante de todas essas situações ruins que temos enfrentado. Quando a gente pega um profissional assim, o trabalho, mesmo ele sendo difícil, é dividido, tem envolvimento, cada um na sua função, e compartilhando e tentando fazer o melhor. ACS 5

Nesse aspecto, os ACS se perceberam como agentes de cuidado, por meio das visitas domiciliares, da escuta e como intermediadores na comunicação entre usuários e outros profissionais de saúde. No entanto, como característica do grupo de ACS da USF 3, o “mas” se fez presente, revisitando as limitações e fragilidades, ressaltando a insuficiência dos recursos na resolução dos problemas.

Eu acho que o paciente fica muito agradecido quando você consegue dar uma atenção, uma solução, pelo menos você escutar ali na hora. A visita domiciliar é algo que temos de positivo, porque aí vai enfermeira, vai médico. O ACS que geralmente avisa. Mas aí cai no encaminhamento. ACS 1

O lado positivo, naqueles casos leves, uma conversa, uma escuta, ajuda? Sim! Mas já passou disso, não é? Porque aí o paciente precisa além disso! ACS 2

Você vê que interessante, o ACS funciona até como intermediador. Por quê? Acontece de o paciente passar e não ser bem atendido, ele expõe pra gente, então nós intervimos nessa mentalidade, naquilo que o paciente fala, “Ah o médico não me deu atenção!”. “Não, calma, não é bem assim!”. Nós tivemos muito problema aqui quando há mudança de médico, então a aceitação do paciente é muito difícil porque o paciente acaba se acostumando com o profissional. Então cabe ao ACS explicar como é, como funciona. E o paciente já tinha vindo, já tinha passado com o auxiliar, já tinha passado com o enfermeiro, muita das vezes ia na gerente, mas quem acaba na maioria das vezes contornando a situação, era o agente. ACS 5

Ainda, uma ACS relatou uma situação de um usuário que chegou na USF 3 com crise de pânico e, naquele dia, a equipe toda se mobilizou e, mesmo com a rigidez dos protocolos de atendimento, foram realizados o acolhimento, a consulta e a assistência imediata.

Uma vez chegou um paciente meu aqui em crise, com crise de ansiedade, conversei com ele lá no saguão... Ele estava numa crise!!! Mas assim, aqui até que resolveu, a gerente conseguiu um encaixe, aí ele conseguiu passar pelo doutor, foi medicado e encaminhado. Então aqui, naquele dia, conseguimos dar uma assistência pra ele. Ele mesmo falou que já teve uns problemas psiquiátricos, mas aquele dia ele veio desesperado mesmo, coitado, com crise de pânico. Estava de uniforme, tinha que trabalhar, viajar, e não conseguia. Aí até que conseguimos resolver a situação de imediato aqui. A enfermeira conversou com a gerente, passou a situação dele, aquele dia não tinha vaga, mas aí ela correu pra tentar o acolhimento pra ele e aí conseguiu um primeiro atendimento. ACS 1

Outro aspecto discutido desde o primeiro encontro, com a apresentação dos resultados das entrevistas individuais, foi com relação à medicação como principal recurso para o cuidado em saúde mental na APS. Os ACS argumentaram que, devido à falta de vaga em serviços especializados, os usuários, em sofrimento, querem acabar com os sintomas, e a solução imediata e disponível é o medicamento. Os ACS concordaram com a importância de vincular outras abordagens de tratamento, outras formas de cuidado, mas valorizaram a medicação, pois apresenta-se como alternativa principal e resolutiva, tendo em vista a realidade enfrentada.

O tratamento para saúde mental aqui é medicamentoso. É o que tem de imediato, não é trabalho preventivo. ACS 2

Você tem noção que o paciente chega aqui hoje, ele precisa de um atendimento com psiquiatra, ele sai com uma guia na mão e ele vai tentar uma vaga lá no Castelo, e lá no Castelo, com essa guia na mão, não está garantido que ele vai conseguir aquela vaga, ele vai chegar lá e ele se tiver 10 pessoas na frente dele e tiver 5 vagas ele vai sair fora, ele tem que tentar outro dia, então imagina como isso é frustrante pro paciente e pra gente. Esse paciente, até ele chegar a ter esse atendimento, esse acompanhamento, ele é obrigado a entrar numa medicação. Então, o paciente quando chega nesse nível ele já esgotou as tentativas. ACS 5

Pensa comigo... Se nós ficamos inconformados com o que acontece, com a demora, falta de psiquiatra, falta de psicólogo, imagina o paciente? A gente sabe que o paciente precisa pra ontem! Eu sei, a gente sabe que precisa de mais, mas é o que estamos falando, esse mais simplesmente não existe! ACS 4

Ao questionar a existência de apoio matricial na USF 3, e também outras formas de cuidado, como a realização de grupos com os usuários, os ACS relataram

que não tiveram o apoio, e em relação aos grupos, ocorrem com diabéticos, hipertensos e gestantes. Ao perceber a dúvida sobre o que era o apoio matricial, a pesquisadora explicou, e os ACS afirmaram que não tiveram essa experiência. Uma ACS contou sobre um trabalho voluntário que existia na USF 3 antes da pandemia, como recurso bastante positivo, considerando as insuficiências da assistência à saúde mental.

Teve um paciente da minha área, ele foi acolhido, a enfermeira conversou, com a mãe e o filho, aí marcou psicólogo... Porque tinha uma psicóloga aqui, tinha um grupo, antes da pandemia. Ela era uma médica que fazia esse grupo, era voluntária aqui. Ela é pastora e faz esse trabalho voluntário, porque ela tem esse lado um pouco de psicóloga, e também dava a medicação se fosse preciso, porque ela é médica. Ela saía do posto dela e vinha pra cá uma vez por semana, era voluntário, um trabalho da igreja que ela se dispunha a fazer, não fazia parte da rede, mas ela era da Prefeitura também. Depois da pandemia não veio mais. Então a unidade aqui encaminhava muito pra ela. ACS 2

Observa-se que o modelo biomédico, na USF 3, é predominante, provocando resistências na equipe a ampliar o olhar para o cuidado em saúde mental e às questões envolvendo estigma com relação às pessoas com transtorno mental. A lógica de medicalização e encaminhamento embasa as experiências dos ACS com situações de saúde mental, dificultando a proximidade com uma lógica de cuidado pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Esse aspecto foi evidenciado e validado no terceiro encontro, onde houve a elaboração concreta de plano de ações para a redução do estigma, que está apresentado no último tópico, abaixo.

2) Descrição dos encontros

Com a análise de conteúdo das falas, os encontros estruturados por meio da adaptação da metodologia da problematização estão apresentados no Quadro 10 abaixo. Ressalta-se que, com as atividades propostas, os ACS, além de compartilharem informações e trocarem experiências, registraram por meio de anotações aspectos que foram discutidos. Nesse sentido, no Quadro 10, encontra-se a descrição dos encontros na USF 2 por meio de síntese das interpretações do conteúdo das falas, discussões e anotações.

Quadro 10 - Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 3

ETAPAS METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO	ADAPTAÇÃO - UNIDADE DE SAÚDE 3
<p>Observação da realidade e identificação do problema</p> <p>Data: 21/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados das entrevistas individuais pela pesquisadora; • Temas priorizados pelo grupo: <ul style="list-style-type: none"> - É a medicação que permite as pessoas com transtorno mental viverem; - A sociedade discrimina muito as pessoas com transtorno mental; - O sentimento de impotência do ACS é maior que o estigma; - Profissionais de saúde adoecidos emocionalmente não conseguem cuidar dos usuários com transtorno mental; - Desvalorização da categoria ACS e sobrecarga de trabalho; - Rede precisa de mais serviços 24h.
<p>Levantamento dos pontos-chave</p> <p>Data: 25/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: O que acontece de ruim com relação às pessoas com transtorno mental no contexto de trabalho de vocês? • <i>Aspecto primário:</i> Problemas externos são maiores do que atitudes negativas da equipe de saúde <ul style="list-style-type: none"> - Falta de agenda para demanda espontânea; - Atendimento demorado; - Falta profissional especializado na unidade; - O problema não é o estigma, mas a falta de profissionais; - Descontinuidade do cuidado; - Ausência de ações preventivas em saúde mental; - Falta de informações sobre saúde mental para a equipe de saúde. • <i>Aspecto secundário:</i> Reconhecimento sutil de práticas e atitudes negativas da equipe de saúde <ul style="list-style-type: none"> - Equipe espera o usuário ter crise para dar atenção; - Falta de empatia; - Acolhimento limitado; - Funcionários da recepção não tem sensibilidade; - Profissionais de saúde com receio de atender usuários com transtorno mental; - ACS e enfermeiros evitam visitas.
<p>Teorização</p> <p>Data: 25/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de conteúdo teórico pela pesquisadora; • Reflexões do grupo: <ul style="list-style-type: none"> - Houve evolução no tratamento da saúde mental, mas ainda é difícil os serviços de saúde lidarem com as pessoas com transtorno mental; - Medicação é a solução mais imediata e resolutiva porque não há outros suportes e apoio da rede de saúde – o usuário e o profissional querem soluções práticas e rápidas; - Ouvir/escutar o usuário não é suficiente para diminuir o estigma e aumentar adesão ao tratamento; - Os usuários precisam saber e confiar que na unidade de saúde tem algum profissional que possa acolhê-los;

	<ul style="list-style-type: none"> - O que é dito na teoria sobre Estratégia Saúde da Família não funciona na prática; - Evitar visita domiciliar “desviando a rota” é estigma ou mecanismo de defesa do profissional?
<p>Proposição de hipóteses de solução</p> <p>Data: 26/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: O que acontece ou pode acontecer de positivo no contexto de vocês com relação às pessoas com transtorno mental? • Movimento do grupo (aspectos positivos/negativos -> realidade -> aspectos negativos -> idealização -> aspectos positivos -> realidade -> aspectos positivos/negativos -> idealização -> hipóteses) • <i>Aspectos positivos e (alguns) aspectos positivos com características negativas</i> <ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da equipe com usuários que chegam com crise de ansiedade; - Encaminhamentos para serviços especializados; - Tratamento medicamentoso; - Trabalho voluntário; - Visita domiciliar para identificação de problemas; - Alguns profissionais com formação superior se envolvem com os casos (efeito positivo na motivação de toda a equipe); - Comunicação direta com enfermeira e/ou médica (casos graves, antes mesmo da reunião de equipe); - ACS como intermediador na comunicação entre demais profissionais da equipe e usuários; • <i>Ausências e hipóteses: Das limitações às soluções</i> <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilização de protocolos de atendimento; - Ampliação da agenda para demanda espontânea; - Melhora no acolhimento e na escuta das queixas; - ACS mais fortalecido para ouvir os usuários; - Responsabilização de toda equipe pelo cuidado, não só dos ACS - Desenvolvimento de olhar mais sensível para as histórias de vida que acompanham as queixas; - Necessidade de maior rede de apoio (envolvimento da família, dos serviços de saúde e do usuário); - Grupo terapêutico para os usuários; - Maior formação e informação sobre saúde mental para os ACS.
<p>Aplicação à realidade</p> <p>Data: 26/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: Quais ações são necessárias para enfrentar os problemas que foram discutidos e que são possíveis de serem desenvolvidas aqui na unidade (que aconteça de forma prática)? <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento para equipe - Participação social do usuário - Ações resolutivas

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

3) Plano de ações para a Unidade de Saúde da Família

Os ACS da USF 3, na atividade de elaboração de ações, fizeram suas sugestões, também, com base em suas experiências e características. Como houve limitação no reconhecimento de suas responsabilidades com relação ao cuidado em saúde mental no contexto da APS (com a necessidade de transferir a atenção para profissionais e serviços especializados), assim como a limitação no reconhecimento do estigma enquanto fator importante para ser considerado nas relações interpessoais entre equipe e usuários, os ACS tiveram dificuldade em planejar ações para a redução do estigma. Ao pensarem em “conhecimento para a equipe”, os ACS não elaboraram como poderia ser, considerando a realidade da USF 3, mas basearam-se na experiência da presente atividade com a pesquisadora como alternativa. Na ideia de “participação social do usuário”, a pesquisadora questionou se poderia ser alguma atividade proposta pela própria USF 3, mas a reação foi de distanciamento, como se ação não fosse responsabilidade dos profissionais. Destaca-se que em “ações resolutivas”, uma ACS validou que reflexões e discussões não resolvem problemas, necessitando, portanto, de ações que solucionem e que funcionem em parcerias com outros setores públicos.

Quadro 11 - Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 3

Ações – Unidade de Saúde da Família 3	Descrição
Conhecimento para a equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Rodas de conversa com os profissionais (todos, inclusive recepção, não apenas ACS) • Característica: explicação sobre a história da saúde mental; apresentação de casos; informações sobre os transtornos mentais e serviços de saúde especializados <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Eu acho que quando a gente tem conhecimento, a gente tem mais informação e consegue ajudar um pouco mais, por mais que seja difícil dar sequência”. ACS 2</i></p> <p><i>“Treinamento para equipe eu acho importante, porque a gente desconhece muita coisa. Então se fizer assim, tipo essas atividades que você desenvolveu com a gente, ficaria legal... Como roda de conversa mesmo, mostrando a saúde mental, com mais tempo para aprofundar, né. É interessante!” ACS 3</i></p> <p><i>“Mas não tinha que ser só com o agente não, tem que ser com a equipe toda...”</i></p>

	<i>recepção, técnicos, médicos... com todos!” ACS 4</i>
Participação social do usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Maior participação dos usuários • Atividade desenvolvida por profissionais capacitados • Objetivo: oferecer oportunidade aos usuários conhecerem seus direitos e ampliar o acesso aos serviços de saúde <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Sabe uma coisa que eu vejo que é importante, com tudo isso que a gente conversou esses dias? Eu vejo assim... Eu acho que o usuário também precisa conhecer mais pra poder cobrar mais também, saber dos serviços, cobrar os direitos que tem, porque só assim eu acho... Sei lá, né, não dá pra ter muita garantia também, mas podia ter alguma coisa por aí”. ACS 5</i></p> <p><i>“Tem a ouvidoria, né. Mas não serve pra nada!” ACS 4</i></p> <p><i>“É, mas tinha que ter alguma coisa mais direcionada. Não sei como poderia ser! (risos) [...] Acho que não dá pra gente fazer isso, tem que ser alguém com conhecimento, porque se nem a gente sabe direito! ACS 5</i></p> <p><i>“Seria mais uma coisa que cairia na nossa mão!” ACS 4</i></p>
Ações resolutivas	<ul style="list-style-type: none"> • Parceria com outros setores públicos para resolutividade de problemas • Justificativa: conversas, reflexões e discussões são insuficientes frente à urgência das questões de saúde mental <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“A gente está cansado de só conversar. Só conversa não resolve. O que precisa é ir além, envolver a Prefeitura, envolver a Secretaria. Se bem que quando a gente precisa a gente não tem apoio mesmo! Mas eu vou ser sincera, é cansativo!” ACS 4</i></p>

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Unidade de Saúde da Família 4

1) Análise de conteúdo das falas

Na USF 4, a pesquisadora observou que, apesar de os ACS concordarem com a maioria dos temas identificados nas entrevistas individuais (que foram compartilhados no primeiro encontro), algo os diferenciava das outras USF por meio das reflexões e colocações que faziam. Uma ACS contou, por exemplo, que participou de um evento de saúde mental e que no último dia teve uma atividade com dramatização, no qual os grupos formados na atividade deveriam criar uma cena relacionada ao uso de substâncias, e que todos os grupos construíram cenas cômicas, deixando de representar a dor e o sofrimento. A ACS compartilhou esta experiência para dizer que o estigma existe, muitas vezes, de maneira implícita. Além disso, no decorrer dos encontros, os ACS compartilharam muito mais aspectos

positivos que acontecem na USF 4 do que aspectos negativos, apesar de identificarem os conhecidos e recorrentes problemas políticos da atenção à saúde mental. A pesquisadora tentou perceber se havia resistência no grupo em reconhecer o estigma, mas aos poucos, no compartilhar, observou uma característica importante que não havia aparecido nas outras três USF: a experiência positiva com matriciamento. A USF 4 é uma unidade que, de acordo com os ACS, teve ótima e frequente (antes da pandemia) experiência com matriciamento. Assim, os ACS compartilharam suas percepções e formas de enfrentamento às questões de saúde mental com olhar ampliado, e em construção, para os usuários com transtorno mental e seus contextos de vida.

Os ACS da USF 4 foram os participantes que mais revelaram proximidade com o cuidado em saúde mental com base comunitária e territorial, pautado no acolhimento, na escuta e no vínculo com os usuários e famílias. Ressalta-se que, quando os ACS contavam casos de saúde mental que já vivenciaram ou vivenciam na USF 4, percebia-se componentes da integralidade do cuidado, no qual ACS consideravam os usuários contemplando seus contextos social, familiar, cultural, com uma compreensão de suas realidades e subjetividades. Nesse sentido, mesmo com a proximidade com a lógica de cuidado em saúde mental necessária para o contexto da APS presente na USF 4, os ACS também compartilharam situações problemáticas envolvendo a saúde mental e seus aspectos políticos e intrapessoais, ou seja, as dificuldades existem e associam-se com o estigma. Foram construídas, portanto, duas categorias temáticas: *“Atenção à saúde mental: das fragilidades políticas aos estigmas velados”* e *“Cuidado, território e sujeito: ampliação do olhar do Agente Comunitário de Saúde”*.

Atenção à saúde mental: das fragilidades políticas aos estigmas velados

ACS identificaram ausências na APS que contribuem para as dificuldades com relação ao cuidado em saúde mental e que se relacionam à falta de infraestrutura e recursos humanos. ACS relataram que os problemas de saúde mental, inicialmente simples de resolverem, podem evoluir e, assim, as ferramentas existentes tornam-se insuficientes. Ainda, a quantidade limitada de profissionais para os atendimentos é fator relevante diante da demanda na USF, revelando que, muitas

vezes, os profissionais precisam avaliar as condições e gravidade dos sintomas, priorizando casos urgentes.

É porque esse tipo de problema nunca fica numa coisa só, sempre evoluiu, a gente vê! Aqui na atenção primária, a gente é muito limitado, tanto em questão de medicação também! Acho bem limitado! Falta estrutura, não tem! ACS 1

É, por exemplo, na época do grupo de artesanato que a gente fazia aqui no posto, a gente tinha que desalojar as meninas que ficam na sala de reunião pra fazer o grupo lá, e era um pouco desagradável pra nós, porque aí elas não tinham onde ficar, e até hoje é assim, é uma sala de reunião que se precisa usar, elas têm que sair. Estrutura física é uma das coisas que falta! ACS 5

E falta profissional também né, entre uma pessoa com depressão e uma com hipertensão, manda pra casa! O que está com risco de vida imediato tem preferência. ACS 3

Nesse contexto, ACS dividiram suas percepções com relação aos serviços especializados e como os usuários da USF 4 veem esse tipo de atenção. ACS identificaram que alguns usuários não recebem bem a orientação de procurarem o CAPS, pois possuem a ideia de que é um tipo de serviço voltado para pessoas com condições extremamente graves e/ou pessoas que fazem uso de substâncias.

Já tive muitos relatos de pacientes que estavam com é, quadro depressivo, essas coisas assim, e que assim, a nossa realidade aqui também, no momento, falta muito médico, né!? É... tem uma médica de uma equipe que já saiu faz mais de um ano, Prefeitura não colocou ninguém no lugar, a outra saiu em fevereiro desse ano e até agora nada também, às vezes, é, sobrecarrega um pouco, e aí eu cheguei a comentar com a pessoa, falei, "oh, vai no CAPS então, né, nesse momento e tal", e aí a pessoa me falou "prefiro aguardar pra quando tiver vaga porque no CAPS tem muita gente drogada". Ela não se sentia bem naquele ambiente. ACS 3

E tem o estigma, né, porque ninguém quer, quando fala que vai lá no CAPS tem gente que já "eu não estou precisando de ir lá!" [...] falei "a senhora vai lá, conversa, lá tem o atendimento mais, né, especializado, a senhora conversa com uma psicóloga, se precisar, aí ela agenda com o psiquiatra", falei assim pra ela aceitar, mas ela não gostou, e estava tudo ok aqui com a consulta com o clínico, só que ela vivia indo no PA, e aí algum médico que atendeu ela lá e viu que o problema dela não é esse... Então tem isso também que a [nome] falou acontece, as pessoas às vezes têm um problema, não se identificam, e lá é... a gente que tem um entendimento, nós profissionais temos um entendimento que é separado, mas quando fala CAPS da [nome da rua], as pessoas acham que é pra doido, acham que é pra drogado, né!? ACS 4

Por outro lado, uma ACS compartilhou uma situação recente em que um usuário com sintomas de crise de pânico recorrentes procurou o CAPS para receber

atendimento e não se sentiu acolhido, pois não recebeu o atendimento. Na fala, observa-se, além da insatisfação do usuário com a assistência, a insatisfação e incompreensão da ACS, que identificou o caso como condição séria e que exigia mais cuidado e acompanhamento.

Tem um caso recente, numa visita levantei a demanda de um paciente que está tendo, segundo a esposa dele, é crise de ansiedade, que antes era com menos frequência e agora está aumentando, e numa dessas crises ela resolveu levar ele no PA, aí eles foram na UPA, foi atendido, na UPA deram Sertralina pra ele, uma receitinha, é, pra pegar 30 comprimidos, e orientaram ele ir no CAPS e ele foi no CAPS. E lá no CAPS disseram pra eles que lá só atende paciente que está prestes a se matar, e aí perguntou, “Você está prestes a se matar?”, ele falou “Não!”, “Então procura o posto mais próximo da sua casa!”. E aí tipo, ele tinha ido um dia antes na UPA, no dia seguinte casou que era minha visita. E aí ela me relatou isso e ela estava muito triste, aí eu trouxe o caso aqui pra nossa enfermeira, aí ela agendou a consulta, porque, é... crise de ansiedade, sudorese, tremores, pesadelos, e era uma coisa que era rara e foi ficando mais frequente né, precisa de uma atenção. Eu não entendi por que o CAPS não acolheu?! ACS 3

Além disso, ACS compartilharam situações problemáticas envolvendo serviços emergenciais, que muitas vezes mantém o usuário “internado” por dias devido à falta de vaga em serviços especializados. Nessa condição, o usuário não suporta e acaba fugindo do serviço.

Outra coisa também, teve uma paciente da minha área, é... que teve um surto e ficou cinco dias no PA, aguardando vaga. E oh, eles não aguentam esperar! Teve até o filho da [nome], ficou um, dois dias, aí ele fugiu, pior que fugiu e ninguém achava o rapaz! Demorou! E assim, eles não vêm aqui nessas situações, acho que também devem ter medo, devem pensar, “vai que eu apareço na unidade e alguém me cata lá!”. ACS 3

Teve uma paciente que fugiu também e foi encontrada num barranco. Aí as meninas foram lá, trouxe ela pra cá, mas aí fugiu de novo. Aí ontem voltou com a receita da medicação dela todinha assim picada, e a do CAPS também, aí a enfermeira conversou com ela, orientou ela de novo, tudo, mas esse dia ela fugiu, foi embora. Falou que era pra ela ir no CAPS, ela falou que não, aí acharam ela no barranco ali, falou “ah eu estava nervosa fui no barranco”, ela caiu ali! ACS 1

ACS também reconheceram que, apesar do envolvimento da equipe de saúde com casos de saúde mental, há situações em que os profissionais não conseguem lidar e não acolhem da maneira como deveria. Casos recorrentes em que os usuários buscam a USF com frequência são os que alguns profissionais têm mais dificuldade, de acordo com uma ACS.

Eu tenho uma paciente que ela toma remédio controlado pra ansiedade, essas coisas, assim, ela não é igual essas pacientes que foram faladas, mas assim, a presença dela aqui no posto, todo mundo já acha tão cansativo que acha que ela não tem nada. Eu assim, a gente vê que ela

está com alguma coisa, eu não sei se é da cabeça dela ou se não, ela vem, aí escuto “ah não vai atender não porque isso não é nada”. Assim, eu percebo “ah, é fulano que tá aqui?”. “Ah não é nada não, já já ela vai embora!”. Acontece isso com ela. “Isso é piti!”. Eu acho assim, se a pessoa procura uma unidade de saúde é porque está precisando de alguma coisa, pedir socorro pra alguma coisa, ninguém está num posto de saúde só pra sentar ali, eu acho, né. Mesmo que for piti, mas atende, tem que ter o acolhimento. É, e às vezes tem o acolhimento, às vezes não. Tem o acolhimento pra isso, mas nem sempre acontece. ACS 3

Além disso, ACS destacaram que o estigma é maior ainda com relação aos usuários com problemas com uso de substâncias, reconhecendo que possuem reações emocionais como medo e insegurança e que, também, não conseguem lidar muito bem. No entanto, uma ACS contou um caso em que um usuário da USF 4 que faz uso de substâncias assaltou a unidade uma vez, e que mesmo assim, a equipe continua o atendendo, ou seja, há um enfrentamento com relação ao estigma por parte da equipe.

Agora eu vou te falar, eu sou da saúde, mas tem algumas pessoas que são usuárias de droga que eu tenho medo de conversar, de entrar na casa, eu confesso que tenho. Principalmente quando eu ando sozinha, então é uma situação que eu não sei lidar muito bem. ACS 3

Passa um pouco isso na cabeça, a pessoa que tem ou está com transtorno mental se ela está tomando medicamento ela está controlada e ao contrário né, o usuário de droga na hora que ele está no uso da substância ele pode estar fora do controle e isso causa medo, talvez. Então é complicado, sabe, a gente tem essas reações de medo, porque na hora do uso, na hora do surto, a pessoa pode fugir do controle. ACS 2

Já teve um caso aqui na nossa unidade do paciente da própria área entrar na sala da odonto, paciente usuário de droga, e roubar os fios, as canetas, ele roubou, ficou preso acho que um ano e meio, dois anos, ele saiu e ele vem aqui como se não tivesse acontecido nada. Ele recebe visita... E ele entrou com uma faquinha na mão, ele recebe visita do agente comunitário, a enfermeira agenda consulta, exames, então eu acho que a equipe está de nota dez, né!? Nesse ponto não vejo estigma nenhum, porque ele roubou, ele ameaçou, ficou preso, pagou pelo que ele fez, mas ele vem aqui. Só que agora também não é só o uso, já está com algum transtorno. ACS 4

Com relação ao usuário com problemas com uso de substâncias, uma ACS 4 compartilhou um caso e expressou seu ponto de vista sobre a situação, revelando uma compreensão real do contexto de vida, expondo aspectos relacionados ao estigma, ao auto-estigma e às dificuldades da redução de danos. No entanto, percebe-se, na fala, o olhar ampliado para as questões de saúde mental no contexto da APS.

Ah é várias coisas, já é difícil pra pessoa aceitar que ela tem um problema, aí quando ela aceita, quando ela procura, chega e se depara com essa situação, às vezes não tem um acolhimento, às vezes, né, acaba

abandonando, desistindo, aí perde pro álcool, perde pra outra coisa [...] Sabe o que eu vejo também, esse negócio da saúde mental, quando a pessoa é usuária de droga, mexe muito com a autoestima, uma coisa puxa a outra, né, a primeira coisa que eu acho que eles perdem são os dentes, e eu tenho paciente que chora, que reclama, aí eles se entregam mesmo, tem uma que falou pra mim, “eu não sou bonita!”, ela falou, ela parou os estudantes e falou “arruma um dentista pra mim, é por causa da droga, eu não tenho dente!” Aí o que que acontece, igual ela falou, ela não consegue arrumar ninguém, ela está limpa, acho que faz mais de um ano que ela não usa nada, quase dois anos, só que o ambiente que ela mora, ela mora lá na comunidade, é tráfico o dia inteiro, a pessoa tá ali com a sacolinha, já com o produto ali, entendeu? Aí igual ela falou, “eu não consigo arrumar ninguém, eu vejo vocês arrumadinhas, bonitas, eu também queria ser assim”, aí eu acho que isso vai uma hora, vai juntando, aí ela tem recaída, ela fala “não consigo ninguém”, abaixa a autoestima, já junta que essa pessoa, né, tem a depressão, que ela tem. É difícil! ACS 4

Os desafios foram expostos e revelaram o quanto as questões de saúde mental são complexas e necessitam de reflexões constantes em diferentes espaços e com grupos variados de pessoas a fim de desconstruir crenças, tanto em relação aos transtornos mentais quanto aos diferentes serviços de saúde e suas características. Os ACS da USF 4 percebem a condição de estarem sujeitos a desenvolverem estigma e reconhecem as fragilidades da rede de saúde, mas suas falas expressam a compreensão desta realidade de forma mais consciente, como necessidade de enfrentamento a essas questões.

Cuidado, território e sujeito: ampliação do olhar do Agente Comunitário de Saúde

ACS da USF 4 tiveram experiências positivas significativas com matriciamento, e eles próprios verbalizaram que só houve ganho com essa política no contexto de trabalho, pois tinham o respaldo de profissionais especializados para elaboração de ações com usuários com transtorno mental. Além da influência na ampliação do olhar para o cuidado em saúde mental, a experiência com o matriciamento possibilitou a valorização da eSF e, especialmente, dos ACS, que são os trabalhadores com maior proximidade com os usuários e famílias. ACS ressaltaram, quase imperceptivelmente, de forma espontânea, que é naquele espaço, de proximidade e vínculo, que os profissionais de referência conseguem obter maiores informações sobre o usuário, pois é com a eSF que as histórias de vida podem ser compreendidas de maneira mais profunda.

No começo aqui tinha até o matriciamento, vinha o pessoal do CAPS, mas aí depois da pandemia foi que deu uma parada. Vinha o enfermeiro, fazia reunião com a gente, aí o agente comunitário passava o caso da área e discutia pra ver o que poderia fazer com aquele paciente. Fazia até visita, o CAPS vinha e teve situação de até agendar visita na casa do paciente, acionava apoio da assistente social também, quando precisava de outras parcerias, aí acionava. ACS 3

Aqui teve muito matriciamento já! E é bom pro CAPS também, porque às vezes eles veem uma situação lá, mas querem saber mais a fundo da família né, aí eles vêm, a gente conversa, troca informações. ACS 5

A comunicação da equipe de enfermagem, dos médicos daqui com o CAPS é muito boa, é bem direta, tem até grupo de whatsapp, é uma comunicação bem ativa. ACS 2

Tem um grupo no whatsapp, que esses dias veio uma paciente chorando, falando que a neta dela estava com pensamento suicida, e aí a enfermeira já chamou essa paciente, já conversou, já ligou, já entrou em contato com o [nome] do CAPS, já agendou visita, então já vai essa semana lá na casa dela fazer visita. E a última vez que ela veio por conta de uma paciente, ela... a filha dela que é esquizofrênica, só que quem tem, quem é o tutor dela é o [nome], o marido, só que ele é alcoólatra, parece que não está dando toda assistência pra ela, aí o CAPS veio pra conversar com a mãe, pra entender melhor a história, que eles estavam tentando, né, fazer algum documento pra passar esse benefício, pra mãe ser a responsável. Então tem as questões sociais também que acaba englobando tudo, aí precisa acionar assistente social também, aí eles vieram aqui. A gente tem as parcerias né. ACS 4

O matriciamento na USF 4 permitiu que os ACS tivessem a oportunidade de pensar e repensar, em equipe, estratégias para o cuidado com os usuários com transtorno mental, elaborando ações e colocando-as, realmente, em prática. As ações relacionam-se com o manejo de medicamentos de acordo com a necessidade do usuário, diferentes estratégias para adesão ao tratamento e persistência e responsabilização da equipe de saúde com o oferecimento do cuidado. ACS consideraram que nem sempre dá certo, mas compartilharam orgulhosos vários casos em que houve evolução positiva.

Nesse caso dessa família, é uma senhora de idade analfabeta, a filha já com um pouco de retardo, não tão incapacitante, conversa, fala, mas não tem muito, não sabe resolver problemas. E a neta, que é filha dessa que já tem problema com esquizofrenia. Então a equipe separa os medicamentos, põe tudo em saquinho, em uma tabelinha com desenho, separando né, com sol, lua... Porque o pessoal percebeu que não havia condições deles terem autonomia em cima desses medicamentos. Então faz toda segunda-feira e arruma para a semana inteira, não pode ser um negócio muito longo, arrumar pra um mês, tem que ser por semana. E teve uma situação também de uma paciente, ela vinha até aqui tomar o medicamento de manhã, porque não havia condições nem separando na casa dela, tinha que vir aqui pra tomar, e ela vinha, vinha todo dia por conta própria, sozinha. Aí ela ia tomando até ficar mais estabilizada e entrar naquele ritmo de tomar normalmente, e hoje ela toma, toma certinho. Então, a gente utiliza de

várias estratégias, dependendo do caso, a gente tem que ir vendo bastante o contexto mesmo. ACS 2

É, a gente precisa conversar em equipe, né, igual o caso da paciente da [nome], já foi tentada uma estratégia, não deu certo, vamos conversar e tentar outra estratégia. Quando eu era agente de saúde da [nome], a gente tentava várias estratégias com ela, vira e mexe ela estava em surto porque aquela estratégia parou de funcionar, aí tinha que mudar a estratégia. A gente tenta ajudar quando a pessoa não consegue o autocuidado com medicamento, a gente separa medicamento. ACS 5

Eu tenho uma paciente que faz acompanhamento faz muito tempo, quando eu peguei a área ela já tinha, né, diagnóstico fechado de esquizofrenia, e ela é diabética também, então ela também segue com o clínico aqui por causa da diabete também. E outras... ixi... antes, as meninas, nossa, a gente já chegou até ir lá limpar a casa dela, tudo, porque ela não tinha esse autocuidado, a medicação, tudo. A gente foi voluntariamente, a gente foi, organizou a casa, limpou, tinha medicação que ela tomava durante o dia e confundia tudo, tinha que separar, teve época que teve que separar por mês, tudo certinho, agora ela toma injeção, né, já é diferente. Agora ela está bem melhor, oh! Vixi, muito melhor! Tem nem comparação! A gente reúne com a equipe e vê o caso, vê o que ela precisa e traça um plano. Esses casos mais assim, é junto com o CAPS, né, matriciamento, ixi quantas vezes, foram muitas reuniões. ACS 4

Eu já vi uma paciente que a enfermeira já percebeu e foi ver se ela queria internar, aí a gente foi lá na casa dela, conversou com ela, ela falou que não. "Nem pelos seus filhos você quer parar?". "Não!". Assim, teve várias tentativas, mas ela não aceitou a ajuda, continua aí na rua. Nem pelos filhos ela não quis, a mãe dela agradece muito a enfermeira, fala que a gente já tentou de tudo, mas ela não quer, então deixa ela pra lá. Então tem sim uma interferência de vez em quando, sabe!? ACS 3

Nos casos em que usuários com transtorno mental chegam exaltados na USF 4 e alguns profissionais não conseguem lidar bem com a situação, os ACS são acionados, assim como também foi compartilhado nas outras USF. Os ACS da USF 4 enxergam tais situações e papéis, de intermediadores na comunicação, de maneira positiva, pois ressaltam o vínculo que constroem com os usuários e famílias.

É, quando acontece isso geralmente eles chamam o agente comunitário porque a gente já conhece o paciente, conhece a família, como falar, como reverter a situação, porque às vezes a enfermagem fica ali e não sabe né, que jeito que é a família, o agente já sabe. Por quê? Porque já foi na casa, já sabe os integrantes da família, já sabe os problemas, já sabe tudo, então é mais fácil né, no contexto geral. [...] Se a gente tiver o estigma, a gente não atende, não faz visita, não vai nas famílias! Que jeito, se a gente tiver isso!? ACS 1

É, geralmente quando acontece algum caso do tipo assim que a pessoa se exalta, fica meio fora de si, tem a tendência de que o agente que tem mais vínculo, né, de estar tentando intermediar aquela situação. Nem sempre dá muito sucesso também, mas geralmente é assim. Eu diria que... é que nem eu falei, nem sempre dá certo porque às vezes a pessoa vem com esse nível, exaltado, mas eu vejo que tem uma mobilização positiva por parte da enfermeira daquela área, do agente comunitário. ACS 2

O acolhimento do usuário com transtorno mental, na perspectiva dos ACS da USF 4, envolve o entendimento de que, apesar de alguns usuários provocarem reações emocionais negativas na equipe, são pessoas que encontram na USF a principal rede de apoio, que depositam suas expectativas. Assim, o acolhimento envolve, além da escuta, a compreensão do contexto de vida e das necessidades de cada usuário e família para que tenham, em muitas situações, direitos garantidos.

[...] Tem paciente que chega aqui, da área da [nome], com falta de ar, com sensação, “vou morrer, vou morrer”, aí a enfermeira vai, afere a pressão, faz uma escuta qualificada, o paciente sai daqui bem. Talvez a pessoa quer chamar atenção, né, ou às vezes vem aqui na unidade, tem hora que eu falo, vem aqui só pra... não está sentindo nada, mas vem porque aqui é acolhida, né, ouvida, tem essa questão. ACS 4

Tem uma também, a [nome], lá são três mulheres, duas têm problema mental e uma já é idosa, mas não é alfabetizada, a enfermeira conseguiu os óculos gratuito pra ela, foi uma coisa assim... ela ficou maravilhada!!! E conseguiu óculos, a gente levou ela lá na ótica, escolheu a cor, tudo, é uma farmácia popular que presta esse tipo, tem algumas armações disponíveis pra esse público, né, baixa renda. E a enfermeira conseguiu, então ela vem aqui com os óculos, eles ficam muito agradecidos, né, é uma coisa pequena, mas pra eles... ACS 4

Nesse contexto, uma ACS dividiu também que, com a experiência, precisam encontrar estratégias para que os usuários não se tornem dependentes. Não é uma tarefa simples, pelo contrário, exige muito do ACS, principalmente por ser o principal apoio dos usuários. Este aspecto expõe a posição que os ACS ocupam, pois inevitavelmente existe o envolvimento com o caso em busca de soluções.

Se você não tomar cuidado, acaba se envolvendo demais, porque eu ficava com dó, mas ele [usuário] sugava demais. Depois que eu voltei de férias ele falou: “Ah que bom que você voltou, amanhã eu tenho consulta, mas oh já vou te avisar, ontem eu fui lá na ponte da Via Norte e fiquei lá”. Como que eu me sinto com um negócio desses? Eu fico pensando, se acontecer alguma coisa com ele, porque ele tem problema psiquiátrico, está fazendo acompanhamento, é depressivo ao extremo. Aí fico me cobrando! É difícil, mas a gente tem que ter alguma estratégia, porque nós profissionais temos que estar preparados pra esse tipo de situação, e a forma que ele fala parece que assim, “Ah você voltou!!”, como se fosse resolver. Fica uma dependência. ACS 4

A mesma ACS contou sobre como ela lida com o fato de pertencer ao mesmo território dos usuários (reside no bairro ao lado). Segundo a ACS, há necessidade de ouvir o que os usuários contam mantendo a ética e o sigilo, e orientar a procurarem a USF que pertencem.

Eu trabalho no [nome da unidade], mas eu moro no [nome do bairro], então ela é paciente do [nome da unidade], então é outra agente comunitária, entendeu? Então às vezes eu sei da, dos problemas, mas ela vem me contar, eu finjo que não estou sabendo, tem que ter a ética né, mesmo que eu já estou sabendo, aí eu escuto e falo: “É, [nome], vai lá no posto...”, porque eu sou vizinha, mas ela tem a agente comunitária que vai, que faz a visita, entendeu? Mas eu vejo de boa, assim, graças a Deus nunca tive problema. Mas é difícil, tem que ter ética e o sigilo, porque às vezes ela vem me falar cada coisa, e eles falam mesmo, não têm vergonha, ela até me falou como pegou a doença, ela é bem aberta. E eu falei, “É, [nome], faz assim..”, sempre oriento, porque ela grita, ela dá trabalho, mas eu sei que é por conta do problema dela, né, que ela já é, o mental e ainda faz o uso, tem vez que ela fica bem, mas aí quando ela tem recaída, ela some, ela fica emagrecida, mas ela sempre volta, graças a Deus! ACS 4

Os ACS sentem-se valorizados na USF 4, pois percebem a importância dada pela eSF e pela equipe do matriciamento ao compartilharem histórias e demandas dos usuários e famílias, e reconhecem, também, a essência do cuidado em saúde mental no contexto da APS. O olhar ampliado, em construção, provavelmente ocorre em um processo valorizado de troca de experiências, de reconhecimento das fragilidades e limitações das políticas e recursos, tendo como objetivo principal a promoção de saúde mental.

2) Descrição dos encontros

Com a análise de conteúdo das falas, os encontros estruturados por meio da adaptação da metodologia da problematização estão apresentados no Quadro 12 abaixo. Ressalta-se que, com as atividades propostas, os ACS, além de compartilharem informações e trocarem experiências, registraram por meio de anotações aspectos que foram discutidos. Nesse sentido, no Quadro 12, encontra-se a descrição dos encontros na USF 2 por meio de síntese das interpretações do conteúdo das falas, discussões e anotações.

Quadro 12 - Descrição dos encontros na Unidade de Saúde da Família 4

ETAPAS METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO	ADAPTAÇÃO - UNIDADE DE SAÚDE 4
<p>Observação da realidade e identificação do problema</p> <p>Data: 13/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados das entrevistas individuais pela pesquisadora; • Temas priorizados pelo grupo: <ul style="list-style-type: none"> - Pessoas com transtorno mental precisam desenvolver consciência para aceitarem o tratamento; - Medicamentos são fundamentais no tratamento; - Pessoas com problemas com uso de substâncias são mais estigmatizadas do que pessoas com transtorno mental; - ACS precisam aprender com os usuários com transtorno mental; - O estigma pode ser implícito e velado; - Podemos afirmar que todas as pessoas têm estigma?
<p>Levantamento dos pontos-chave</p> <p>Data: 26/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: O que acontece de ruim com relação às pessoas com transtorno mental no contexto de trabalho de vocês? • Aspectos principais <ul style="list-style-type: none"> - Abordagem inadequada; - Preconceito; - Julgamentos; - Não aceitação do próprio usuário; - Falta de apoio dos familiares; - Medo; - Falta de capacitação dos profissionais para lidar com o usuário em surto; - Falta de profissional especializado; - Estigma da família e da sociedade traz consequências para a adesão ao tratamento; - Falas como 'fulano não rasga dinheiro' indica urgência para lidar com o estigma, que está enraizado; - Dificuldade em lidar com pacientes recorrentes (acolhimento é limitado); - Insegurança e medo com relação aos usuários de drogas.
<p>Teorização</p> <p>Data: 26/10/2022 Duração: 1 hora Participantes: 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de conteúdo teórico pela pesquisadora; • Reflexões do grupo: <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais de saúde não podem ter estigma; - Usuários com dificuldade de aceitação do transtorno mental e, consequentemente, dificuldade de adesão ao tratamento; - Autoestima dos usuários fica bastante comprometida; - Alguns serviços específicos de saúde mental não têm uma estrutura boa (no sentido de aparência).
<p>Proposição de hipóteses de solução</p> <p>Data: 03/11/2022 Duração: 1 hora Participantes: 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: O que acontece ou pode acontecer de positivo no contexto de vocês com relação às pessoas com transtorno mental? • Movimento do grupo (aspectos positivos -> idealização -> realidade -> aspectos negativos -> hipóteses)

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proximidade de integração da saúde mental na APS</i> <ul style="list-style-type: none"> - Visita periódica; - Escuta; - Reunião de equipe; - Vínculo da equipe com a família; - ACS como intermediador; - Matriciamento era frequente antes da pandemia; - Equipe acompanha a uso de medicamentos (orientação e separação de medicamentos controlados de acordo com a necessidade do usuário); - Corresponsabilização do cuidado (equipe do CAPS próxima da equipe de Saúde da Família); - Visita periódica com outros profissionais; - Diferentes estratégias e tentativas para aumentar adesão de usuários que não aceitam o tratamento; - Estagiários de curso de psicologia na unidade. • <i>Das hipóteses às soluções: fortalecendo recursos</i> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de compreender as fantasias construídas por alguns usuários (ex.: usuários com sintomas de delírio); - Aprimoramento do acolhimento de usuários recorrentes e queixas frequentes; - Construção de estratégias pelos ACS para promover mais autonomia para os usuários; - Conversas sobre estigma na saúde mental; - ACS cuidar com igualdade, respeitando as particularidades.
<p>Aplicação à realidade</p> <p>Data: 03/11/2022 Duração: 1 hora Participantes: 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionamento da pesquisadora: Quais ações são necessárias para enfrentar os problemas que foram discutidos e que são possíveis de serem desenvolvidas aqui na unidade (que aconteça de forma prática)? <ul style="list-style-type: none"> - Atividades fora da USF (incentivo ao esporte) – atividade aberta para não ter distinção; - Grupo de artesanato; - Rodas de conversa (troca de experiências); - Cursos - Aproximar a equipe de serviços especializados (visitas para conhecer e entender o funcionamento).

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

3) Plano de ações para a Unidade de Saúde da Família

Em conjunto com a pesquisadora e por meio das reflexões e exposições dos problemas, das percepções e das ideias, os ACS discutiram, com base nas experiências de seu contexto de trabalho, alternativas e soluções para o cuidado em saúde mental possíveis de implementação na USF 4. O plano de ações elaborado está descrito e apresentado no Quadro 13 abaixo, junto às falas representativas.

Quadro 13 - Descrição dos planos de ações para a Unidade de Saúde da Família 4

Ações – Unidade de Saúde da Família 4	Descrição
Atividades fora da USF	<ul style="list-style-type: none"> • Público: aberto para todos os usuários • Local: fora da USF (por ex.: área esportiva do bairro) • Objetivo: convivência, partilha, promoção de saúde mental e inclusão social <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Como no momento está sem grupo de artesanato, essas coisas, mas abrir o próximo e também algo na estação cidadania e esportes, talvez incentivar esse paciente a praticar esporte, tem bastante oficinas lá, né”. ACS 3</i></p> <p><i>“Mas da mesma forma que o artesanato era pra pessoas da saúde mental e pessoas que não são da saúde mental, poderia ser uma atividade aberta! Pra não ter essa distinção, porque isso acaba alimentando né, o estigma! Não separar! A gente tem muito o que aprender com eles, muito! Então assim, troca de experiências, né, compartilha com outras pessoas da ideia, porque às vezes deu certo pra ela, pode dar certo pra outras pessoas! Tem que ser uma atividade onde você faça alguma coisa que a pessoa consiga conversar né”. ACS 5</i></p>
Cursos	<ul style="list-style-type: none"> • Formato: rodas de conversa; treinamento sequencial (um grupo recebe e passa para um próximo grupo); toda a equipe participa, mas em pequenos grupos • Conteúdo: conhecimento técnico e habilidades emocionais • Objetivo: desmistificar a saúde mental e aproximar os profissionais da APS da realidade, da rede de atenção psicossocial <p><u>Falas representativas:</u></p> <p><i>“Quando você tem mais conhecimento, você não tem mais medo, né? Tudo que você já conhece! Quando a gente tinha o matriciamento com o [nome] aqui, assim, a gente costumava identificar as coisas né, chega numa casa e identifica as coisas mais, tem um outro olhar, porque ele passava bastante conhecimento pra gente né, sintomas, o jeito que é, perfil tudo, passava os casos”. ACS 1</i></p> <p><i>“É a gente precisa ter um pouco desse conhecimento mais técnico, e a gente precisa ter empatia com esses pacientes”. ACS 5</i></p> <p><i>“Esse conhecimento técnico ele é importante, porque às vezes o paciente está tomando uma medicação que a gente nem conhece. Tem que ter conhecimento sim!” ACS 1</i></p> <p><i>“E tem que ser pra equipe toda! Todas as categorias! E acho que tem que fazer por grupos, com todo mundo junto é muita gente. Aqui nunca teve capacitação pra todo mundo junto”. ACS 4</i></p> <p><i>“Oh, uma experiência que a gente tinha muito aqui que fazia várias oficinas que aqui a gente era credenciado lá do regionamento, que teve uma época que até fechou o posto meio período, aí colocava tipo um profissional de cada categoria, entendeu? Nas reuniões nesse formato, tipo, tal dia vai ter curso de capacitação, uma roda de conversa, mas vamos supor, a médica, os ACS um de cada equipe, uma pessoa da vacina, um do acolhimento. Como representantes das categorias, pra todo mundo aprender, e aí fazia rodízio”.</i></p>

	<p>ACS 4</p> <p><i>“Já teve curso também que participava um representante de cada categoria que depois tinha a responsabilidade de replicar pro restante da equipe”. ACS 3</i></p> <p><i>“Ninguém vai topar, mas eu gostei quando nós fizemos aquele curso lá no CAPS, que eu conheci mais de perto, eu vi as pessoas, eu gostei, porque eu tinha medo, eu tinha preconceito, mas depois que eu fui que eu vi como que era, que eu conheci a estrutura, eu mesmo, quando eu precisei, eu já não tinha aquele preconceito que talvez se eu não conhecesse, se eu não tivesse a informação, nem eu ia querer. Então me ajudou, eu conhecer, eu ter o acesso, ver de perto. Mesmo que tinha os entraves ali, eu já sabia o caminho, sabia como era, com quem falar, eu sabia diferenciar. No começo eu achei ruim, pensava, “nossa, toda semana, que curso chato!”, mas tudo tem um propósito!” ACS 4</i></p>
--	--

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Análise em conjunto das Unidades de Saúde da Família

1) Identificação de características principais

As características principais das USF 1, 2, 3 e 4 foram identificadas por meio da análise individual de cada USF e estão apresentadas no Quadro 14 abaixo.

Quadro 14 - Características principais das quatro Unidades de Saúde da Família

Unidade de Saúde da Família	Características principais
USF 1	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia Saúde da Família perdeu o sentido; - ACS com sentimento de impotência e percepção de desvalorização pela equipe; - ACS se reconhecendo como agente de cuidado em saúde mental; - Estigma reconhecido prioritariamente entre profissionais com formação técnica e superior, e principalmente com relação a casos “leves”.
USF 2	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado em saúde mental como responsabilidade principal de profissionais especializados; - Experiência negativa com matriciamento; - ACS com sentimento de impotência e percepção de desvalorização pela equipe; - Culpabilização das políticas públicas para as barreiras no cuidado; - Estigma reconhecido em toda equipe, inclusive entre os ACS, tanto em relação a casos “leves” quanto a casos graves.
USF 3	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado em saúde mental como responsabilidade de profissionais especializados; - Estratégia Saúde da Família não funciona como na teoria; - Modelo biomédico e de medicalização valorizados; - ACS com sentimento de impotência e percepção de desvalorização pela equipe; - Nenhuma experiência com matriciamento; - Culpabilização das políticas públicas para as barreiras no cuidado; - Estigma percebido entre profissionais com formação técnica e superior (mas com dificuldade em reconhecer a existência do estigma).

USF 4	<ul style="list-style-type: none"> - Maior compreensão sobre a lógica de cuidado em saúde mental na APS; - Experiência positiva com matriciamento; - Equipe com maior responsabilização pelo cuidado; - ACS reconhecido e valorizado pela equipe; - ACS com olhar ampliado com relação ao usuário com transtorno mental; - Estigma reconhecido principalmente com relação a usuários com problemas com uso de substâncias.
--------------	--

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

2) Síntese

Na USF 1, os ACS priorizaram o reconhecimento de atitudes negativas em profissionais com formação técnica e superior e associaram tais atitudes à ausência de formação e preparo para o cuidado em saúde mental, assim como à influência de crenças negativas que são construídas socialmente. Assim, as atitudes negativas provocam limitações no acolhimento e na continuidade do cuidado. Esse aspecto foi identificado, também, na USF 2, no qual os ACS relataram seus incômodos e inquietações com relação às atitudes de profissionais com formação técnica e superior no cuidado com usuários com transtorno mental, no entanto, na USF 2, os ACS entraram no movimento de se reconhecerem e se incluíram no exercício de atitudes negativas. Na USF 3, as atitudes negativas foram relacionadas aos profissionais com formação técnica e superior, mas sem ênfase, pois os ACS tiveram resistência em reconhecer a possibilidade de estigma na unidade. Já na USF 4, os ACS analisaram as atitudes negativas de forma geral, em toda a equipe, e o foco foi com relação aos usuários com problemas com uso de substâncias.

Com relação aos tipos de casos de transtorno mental, as quatro unidades possuem maior dificuldade para lidar com casos considerados leves, pois abrangem usuários que utilizam a unidade com bastante frequência, revelando queixas somáticas recorrentes. Foi unânime que o estigma ocorre mais em relação aos casos leves do que aos casos graves, no entanto, na USF 2, ACS perceberam que não há muita diferença e na USF 4 houve maior associação do estigma com usuários com problemas com uso de substâncias. Nesse aspecto, os ACS das quatro USF identificaram que há maior mobilização da eSF com relação aos casos graves e urgentes.

Ressalta-se, também, que nas USF 2 e 3 os ACS relataram situações em que, tanto eles, quanto os demais profissionais, evitam realizar visitas domiciliares

nas residências de usuários com transtorno mental, seja para evitar incômodos, seja para se protegerem emocionalmente ou mesmo devido à sobrecarga de trabalho.

ACS da USF 1 e USF 2 perceberam que profissionais com formação técnica e superior de suas equipes muitas vezes desacreditam nas queixas dos usuários com demandas de saúde mental e, também, nos relatos dos próprios ACS em reuniões de equipe, fazendo com que se sintam desvalorizados e desrespeitados. Esse aspecto, de descrença de queixas, também foi percebido pelos ACS da USF 3, mas com ênfase na desvalorização da categoria profissional do ACS, priorizando suas insatisfações e sobrecarga de trabalho. Na USF 4, os ACS sentem-se valorizados e reconhecidos, tanto pelas eSF quanto pelas equipes de referência, de apoio matricial.

As quatro USF identificaram desafios relacionados às políticas de saúde mental, com suas limitações e fragilidades institucionais e estruturais, que refletem diretamente no cuidado e assistência às diferentes demandas de saúde mental que ocorrem na APS. No entanto, os ACS da USF 3 mostraram-se mais sensibilizados e incomodados com essa questão, retomando essa pauta em diferentes momentos das reflexões e discussões nos encontros. ACS das USF 1, 2 e 3 relataram, em diferentes níveis de intensidade, sobre a necessidade de profissionais especializados em saúde mental para atuarem na unidade, sendo que as USF 2 e 3 demonstraram com mais ênfase este desejo.

Com relação à experiência de matriciamento, ressalta-se que apenas os ACS da USF 4 tiveram experiência positiva com apoio matricial, indicando ser a USF com maior aproximação com a lógica de cuidado em saúde mental baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Houve, em todas as USF, a percepção dos ACS como profissionais protagonistas no cuidado em saúde mental na APS. Mesmo nas USF com maior prevalência de dificuldade em reconhecer ações positivas no cuidado, os ACS refletem sobre seus papéis de identificação de problemas, busca de soluções, orientação e acompanhamento, acolhimento e escuta, e também como os profissionais com maior proximidade dos usuários e famílias, com maior possibilidade de construção de vínculo e de compreensão das histórias e contextos de vida.

O presente estudo teve como objetivo principal construir, em conjunto com ACS, estratégias de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental possíveis de implementação na APS. Nesse sentido, para alcançar este objetivo, houve, inicialmente, a identificação de atitudes estigmatizantes dos ACS por meio da escala OMS-HC, assim como a análise da percepção dos ACS sobre as pessoas com transtorno mental, sobre suas atitudes com relação a essas pessoas e sobre como os ACS se veem no processo de integralidade do cuidado em saúde mental na APS para, posteriormente, construir as estratégias de redução do estigma.

De forma geral, os ACS deste estudo foram majoritariamente do gênero feminino, o que corrobora com estudos que mostram a prevalência de mulheres no cargo de ACS (GOMES, 2019; CABRAL, GLERIANO, DO NASCIMENTO, 2019). Com relação à idade, observa-se que a maioria tinha idade média acima dos 40 anos e que o tempo médio de atuação como ACS foi acima de 10 anos. Os ACS, em sua maioria, tinham ensino superior, indicando que, apesar da exigência para o cargo de ACS na maioria das vezes ser o nível médio completo, os ACS deste estudo têm formação em outras áreas. Ainda, os ACS afirmaram conhecer pessoas próximas com transtorno mental e, também, ter tido experiência pessoal com transtorno mental. Este dado revela, entre os aspectos relacionados ao estigma discutidos no decorrer desta seção, a prevalência de transtornos mentais na população como um todo.

A percepção dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental transitou entre crenças com teor estigmatizante, influenciadas pelo imaginário social dos transtornos mentais e pela forma como os transtornos mentais impactam nos comportamentos e na vida das pessoas, mas também entre crenças sem teor estigmatizante, por meio de constatações decorrentes das experiências profissionais e de sentimentos de compaixão. Essa ambivalência na percepção foi identificada, também, em estudo que buscou compreender o imaginário coletivo de ACS com relação aos usuários de saúde mental, revelando que o imaginário coletivo de um grupo de ACS era marcado pela coexistência de sentimentos de receio e de empatia (SILVA; PERES, 2016).

No presente estudo, crenças sem teor estigmatizante, por exemplo, sobre a percepção de que ter um transtorno mental é algo comum e mais próximo do que se imagina, revelaram aspectos que se aproximaram dos resultados identificados

em itens da escala OMS-HC, como a concordância de metade dos ACS não se importar em revelar aos amigos e colegas caso tivesse algum transtorno mental ou estivesse em tratamento e, também, com a maioria dos ACS concordando que não se sentiria fraco caso tivesse algum transtorno mental. Esses resultados, sobre a “naturalização e desestigmatização” dos transtornos mentais, contradizem dados da literatura com relação aos sentimentos de vergonha, constrangimento e medo de profissionais da saúde de se sentirem julgados negativamente pelo público, familiares, amigos e colegas de trabalho, quando eles próprios desenvolvem problemas de saúde mental (CORRIGAN, 2004; GARELICK, 2012).

Nesse aspecto, apesar de ACS de uma USF específica compartilharem na etapa de construção de estratégias de redução de estigma que, quando eles adoecem emocionalmente, torna-se difícil cuidar de pessoas com transtorno mental, houve, de forma geral, nas entrevistas individuais, a percepção de que experiências pessoais com transtorno mental (sejam consigo mesmo, sejam com pessoas próximas) influenciam de forma positiva o cuidado em saúde mental com os usuários. Estudo que avaliou como as experiências pessoais de ACS com uso de drogas influenciam o cuidado com os usuários dialoga com esses resultados, pois revelou que, aliadas às experiências técnicas, as experiências pessoais podem ser utilizadas como recurso para construir e fortalecer o vínculo e a confiança entre usuários e os profissionais, tanto por meio de práticas de comunicação transparentes e isentas de julgamentos, quanto pelo uso de termos específicos e comuns à subcultura das drogas, permitindo melhor gestão do cuidado (MORGAN et al., 2015).

Ainda na perspectiva das crenças sem teor estigmatizante, os ACS perceberam a necessidade e a importância do tratamento e da medicação para as pessoas com transtorno mental. No item da OMS-HC que aborda a medicação como tratamento (“O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação”), a maioria dos ACS discordou da afirmativa. Na etapa da construção das estratégias de redução de estigma, em uma USF, o grupo de ACS valorizou a medicação como tratamento. No entanto, de forma geral, os ACS do presente estudo consideraram a medicação como tratamento essencial para as pessoas com transtorno mental, pois muitos dos usuários que eles têm contato dependem da medicação para viver e desenvolver atividades. Esses dados dialogam com o modelo biomédico predominante nos diferentes níveis de atenção à saúde, e que atinge os

trabalhadores da APS de modo que dificulta os avanços relacionados ao movimento da Reforma Psiquiátrica (FLUMIAN; FIORONI, 2018). Entretanto, ressalta-se que os ACS também reconheceram que o cuidado em saúde mental envolve outras práticas e ações que superem o olhar voltado para o diagnóstico e controle de sintomas por meio da medicação.

A percepção voltada à importância da medicação relaciona-se, também, à percepção que os ACS tiveram de que pessoas com transtorno mental têm ou podem desenvolver habilidades e capacidades, desde que estejam em tratamento. No entanto, pela perspectiva das crenças com teor estigmatizante, os ACS também compartilharam percepções a respeito da falta de independência e de autonomia na vida das pessoas com transtorno mental, tornando-as improdutivas. Estudo de Pereira et al. (2007) demonstrou que os ACS tinham a ideia de que as pessoas com transtorno mental não alcançam liberdade e não conseguem gerenciar a própria vida, revelando que esse tipo de associação facilita a reprodução de um estado de cronicidade, colocando as pessoas com transtorno mental em lugar imutável e permanente, incapazes de novos modos de vida e produção.

Um dos estigmas fortemente associados às pessoas com transtorno mental são os de improdutividade e incapacidade, pois as perdas advindas do processo de adoecimento psíquico são diversas e afetam as relações profissionais, afetivas e culturais (LEÃO; BARROS, 2011). Os dados identificados por meio da OMS-HC, no que diz respeito aos itens sobre o desejo de trabalhar com alguém com transtorno mental e de que pessoas com transtorno mental devem ser contratadas, caso sejam a melhor pessoa para um determinado cargo, contradizem essa construção da improdutividade relacionada ao transtorno mental, pois a maioria dos ACS concordou com as referidas afirmativas.

Além disso, estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade foram manifestados pelos ACS, revelando percepções que se aproximam do estigma com relação às pessoas com transtorno mental. Esses dados corroboram com estudos que investigaram a percepção de ACS sobre as pessoas com transtorno mental, indicando que sentimentos de medo ocorrem devido ao estranhamento que é despertado por alguns comportamentos considerados atípicos (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012; SILVA; PERES, 2016). Na etapa de construção de estratégias para redução de estigma, em uma USF especificamente, os ACS compartilharam que o medo ocorre especialmente com

relação aos usuários com problemas com uso de substâncias. Esse aspecto também foi identificado no estudo de Melo et al. (2016), que revelou que os ACS tinham medo de pessoas com transtornos por uso de substâncias e as consideravam perigosas, podendo levar a preconceito e estigma. Ainda, outros estudos também identificaram que os ACS apresentaram desejo de distanciamento social de pessoas com transtorno mental devido ao medo causado diante da possibilidade de as pessoas entrarem em descontrole súbito, desenvolvendo agressividade e comportamentos violentos (COSTA et al., 2015. COELHO; GONÇALVES; PEGORARO, 2023).

A percepção sobre a agressividade presente em pessoas com transtorno mental poder gerar, nos trabalhadores de saúde, receio em ter contato, interferindo diretamente no cuidado. A ideia de periculosidade pode estar associada ao modelo hospitalocêntrico, que recomendava o isolamento, considerando a pessoa com transtorno mental violenta e sem condições de viver em sociedade. Ainda, como os ACS pertencem a uma categoria profissional com formação limitada para trabalhar com saúde mental, pode haver a utilização do imaginário social de que toda pessoa com transtorno mental é perigosa, violenta e agressiva (SILVA; AGUIAR; MOREIRA, 2016).

Apesar do sentimento de compaixão identificado no presente estudo, inclusive por meio da identificação de que a maioria dos ACS discordou do item da OMS-HC, “Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental”, percebe-se que os ACS não estão livres de crenças e atitudes estigmatizantes, principalmente relacionadas às ideias de periculosidade e imprevisibilidade construídas sócio e historicamente, conforme exposto nos resultados das entrevistas individuais, especialmente. ACS aprendem cotidianamente com suas práticas, constroem saberes com suas experiências, mas nem sempre se sentem preparados para manejar as situações que envolvem questões de saúde mental, muitas vezes por falta de formação, afetando o desenvolvimento de suas ações (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Entretanto, no item “Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física do que ao ajudar uma pessoa com um transtorno mental”, da OMS-HC, a maioria dos ACS discordou desta afirmativa. Uma possível explicação refere-se ao fato de que a maioria dos ACS não se sente capaz em ajudar, tecnicamente, os usuários com doenças físicas, pois eles também não têm, de forma

geral, as formações específicas que os demais profissionais das eSF possuem. Por mais que os ACS também não tenham formação em saúde mental, a utilização de tecnologias leves, como escuta, acolhimento e saber afetivo, faz parte de seus fazeres no contexto da ESF (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012; SAFFER; BARONE, 2017), o que pode explicar maior tendência dos ACS em discordarem da afirmativa da OMS-HC, revelando, também, o reconhecimento de que a proximidade e o vínculo com usuários e famílias constituem recursos importantes para o cuidado em saúde mental.

No entanto, sabe-se que uma das razões para a barreira de acesso das pessoas com transtorno mental à APS é a rotulação e o estereótipo associados aos comportamentos causados pelos transtornos mentais, acarretando estigma e, conseqüentemente, limitações nas ações em saúde mental (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020). Esta realidade corrobora com os dados do presente estudo, no qual os ACS compartilharam sobre os impactos causados pelo estigma na vida das pessoas com transtorno mental, como sentimentos de incapacidade, impotência, desvalorização, inferioridade, baixa autoestima, bem como vergonha em buscar ajuda, ou mesmo a negação de sua própria condição emocional.

Assim como os estudos de Pereira et al. (2007), Álvares, Sousa, Lima (2013) e Paiva et al. (2016), que mostraram que os ACS percebem a presença de sofrimento intenso na vida das pessoas com transtorno mental e de experiências de exclusão e segregação, o presente estudo ressaltou que os ACS reconheceram que as pessoas com transtorno mental sofrem preconceito e discriminação e que podem vivenciar o auto estigma. Tal percepção deve-se, possivelmente, à proximidade que os ACS constroem com os usuários, permitindo identificar o quanto essas características impactam de forma negativa a vida das pessoas com transtorno mental e as possibilidades de recuperação.

A proximidade com os usuários e famílias é uma das características principais da ESF e, dentre os trabalhadores de saúde, os ACS são os que mais atuam por meio deste recurso, pois estão, cotidianamente, em contato direto com as comunidades (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SOARES et al., 2021). Devido ao conhecimento da realidade local e das comunidades, os ACS encontram-se em posição estratégica para identificar problemas e demandas, como as do âmbito da saúde mental (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; GRYSCHK; PINTO, 2015). No presente estudo, os ACS compartilharam sobre os papéis que desenvolvem no

contexto da ESF e reconheceram sua importância no cuidado com as pessoas com transtorno mental. Os ACS identificaram que uma de suas principais funções é, por meio da visita domiciliar, a identificação de problemas e direcionamento às USF, dado que corrobora com estudos que analisam os ACS em seus papéis, funções e identidades (NUNES et al., 2002; CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; COELHO; GONÇALVES; PEGORARO, 2023).

No presente estudo, ACS de duas USF refletiram sobre a possibilidade de o estigma estar presente quando eles, ou os demais profissionais da equipe, evitam visitar determinadas famílias que apresentam questões de saúde mental, pois além de ser desgastante, estão expostos a riscos em algumas situações. Nesse aspecto, o estudo de Coelho; Gonçalves; Pegoraro (2023) mostrou, por meio das falas dos ACS que, tendo em vista que a visita domiciliar é recurso importante para a compreensão de demandas e realização de orientações e que os ACS desenvolvem seu trabalho por meio de tecnologias leves, há necessidade de fortalecer o trabalho com políticas públicas coerentes a esse contexto de atuação.

Estudos indicam as dificuldades enfrentadas pelos ACS, pois geralmente suas atividades ocorrem em áreas de maior risco social e, em alguns casos, com situações de miséria, violência e tráfico de drogas. Além disso, há desafios com relação ao grande número de pessoas da comunidade para serem atendidas, à falta de entendimento da população quanto ao trabalho do ACS, às limitações para resolver problemas que dependem do envolvimento de toda a eSF e demais serviços públicos; à falta de organização do serviço e às relações profissionais conflituosas (ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016; ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, ressalta-se que, especialmente na etapa de construção de estratégias de redução de estigma e em USF específicas, os ACS tiveram mais liberdade para expressar seus incômodos com suas ocupações, principalmente no que diz respeito à comunicação com os demais profissionais de suas respectivas equipes, bem como à busca por soluções para os problemas de saúde mental que são identificados. Estudos com ACS trazem também essas reflexões, sobre as inquietações quanto ao lugar que os ACS ocupam, que se configura como uma espécie de “não-lugar”, visto que são trabalhadores de saúde que desempenham papéis pouco definidos, transitando entre as realidades das comunidades em seus contextos de vulnerabilidades e as relações interpessoais nas equipes da ESF

(CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; JARDIM; LANCMAN, 2009; GOMES et al., 2009; SILVA; PERES, 2016).

De forma geral, no presente estudo, apesar da desvalorização que os ACS sentem em seu trabalho, muitas vezes como reflexo das fragilidades das políticas públicas, eles se reconheceram como protagonistas no cuidado com relação às pessoas com transtorno mental. Com o predomínio do modelo biomédico dificultando a integração da saúde mental na APS por meio de um cuidado comunitário e territorial, os ACS desenvolvem ações de cuidado voltadas ao encaminhamento a outros profissionais, divulgação de informações e, especialmente, controle da medicação. São ações importantes e que corroboram com dados de estudos que identificaram e analisaram as percepções de ACS a respeito do cuidado em saúde mental (GUANAES; PINHEIRO, 2016; FLUMINAN; FIORONI, 2018). No entanto, torna-se importante observar e refletir se, nesse contexto de cuidado em saúde mental, há reprodução de um discurso técnico/biomédico pelos ACS, sem que haja reflexão a respeito do tipo de orientação e ações que precisam ser realizadas, considerando as diferentes realidades e modos de vida dos usuários e famílias.

No entanto, percebeu-se, no presente estudo, que os ACS consideraram outros recursos e ferramentas necessários para aprimorar o cuidado em saúde mental na APS, coexistindo ao tratamento medicamentoso. Os ACS compreenderam, também, que ocupam um lugar diferenciado dos demais profissionais da eSF, pois escutam as histórias de vida dos usuários e famílias, o que possibilita a construção de um olhar ampliado para as queixas e as questões de saúde mental. Tais características são fundamentais na ESF, pois reafirmam práticas profissionais voltadas para a singularidade e subjetividade dos sujeitos (SILVA et al., 2016), por meio das relações de confiança que são construídas com os usuários, do vínculo, da escuta e do acolhimento (SOARES et al., 2021).

O acolhimento se torna eficaz e viável quando há utilização de tecnologias leves como empatia, escuta, humanização, construção de vínculo e corresponsabilização do cuidado. Assim, para que pessoas com transtorno mental se insiram e permaneçam nos serviços de bases territoriais, o acolhimento é fundamental (SILVA et al., 2019). Estudos revelam que os ACS têm capacidade de utilizar elementos e informações resultantes dessa construção de relações de confiança com os usuários e famílias e, por meio de suas experiências e saberes

nos territórios de vida, conseguem encontrar formas de cuidar e elaborar soluções (LANECETTI, 2004; LAVOR, 2010; SAMUDIO et al., 2017). Nesse aspecto, os ACS do presente estudo revelaram que, quando há problemas na recepção da USF com algum usuário, a equipe os aciona, pois geralmente conseguem intermediar por meio do diálogo e do vínculo já construído.

Além disso, esse aspecto também ficou evidente quando, nas entrevistas individuais e construção de estratégias de redução de estigma, os ACS compartilharam os recursos de enfrentamento que, ao longo de suas experiências profissionais, foram descobrindo para cuidar e lidar com as pessoas com transtorno mental. Sem formação específica e respaldo de políticas públicas, tais recursos se restringem a atitudes individuais dos ACS, como o exercício de desconstruir crenças no âmbito da saúde mental, a comunicação diferenciada com os usuários, o entendimento de que o tempo é o maior aliado para estabelecer confiança na relação terapêutica e a aceitação de limitações no cuidado. Esses dados dialogam com a resposta ao item “Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com transtorno mental” da OMS-HC, no qual a maioria dos ACS discordou da afirmativa.

Contudo, entre os recursos de enfrentamento e a efetivação do cuidado, os ACS produzem reações emocionais que são naturais e vivenciam inquietações com relação ao processo de cuidado em saúde mental, como insegurança, medo, culpa, frustração, sensação de impotência, bem como incompreensão com a falta de corresponsabilização do cuidado. A corresponsabilização do cuidado é primordial para a efetivação do acolhimento, pois os usuários se sentem valorizados como ser humano e responsáveis por si próprios (OLIVEIRA; SUTO; SILVA, 2016). No presente estudo, os ACS perceberam essa importância, mas compartilharam que, em muitas situações, a corresponsabilização não existe, comprometendo a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, as possibilidades de recuperação.

Percebeu-se, também, que os ACS e as eSF têm maior dificuldade em lidar com usuários recorrentes nas USF, poliqueixosos, e que são os de maior prevalência na APS. Apesar do estigma com relação aos casos mais “graves” estar presente por meio da rotulação e estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade, o manejo é facilitado pelas ações de encaminhamento a serviços especializados e controle da medicação nas USF. No entanto, os casos mais “leves”, politicamente orientados a ser acompanhados na APS, levam ao desgaste, pois as eSF não conseguem lidar com essa demanda. Com o predomínio do modelo biomédico, os

aspectos do adoecimento ocupam lugar central, tanto na vida dos usuários, quanto nas práticas de cuidado dos profissionais, gerando conflitos que permeiam, no âmbito da saúde mental, as crenças, as construções históricas, os modos de vida, as produções de saúde, doença e cuidado. Desse modo, os conflitos surgem porque o foco no adoecimento dificulta o olhar para a vida e para a subjetividade dos sujeitos (PICOLLI, 2021).

A produção de formas de subjetivação necessita de construção de um novo modo de trabalho, que depende da mudança de atitude dos trabalhadores de saúde e da participação das comunidades. No entanto, o modelo biomédico não considera a subjetividade como produto de um tecido histórico-social, que ocorre em uma dinâmica de forças que levam a processos de desconstrução e reconstrução (SUNDFELD, 2010). Nessa perspectiva, espaços de reflexão são primordiais para possibilitar olhar para as realidades, os contextos, as práticas de saúde, e analisar as relações e os movimentos construídos em busca do cuidado em saúde mental.

Na terceira etapa deste estudo, os ACS tiveram a oportunidade de refletir e de se expressar, em grupo, sobre o conteúdo apresentado em relação aos dados das entrevistas individuais, concordando ou discordando dos temas produzidos, ou mesmo levantando questionamentos de acordo com as experiências de suas práticas cotidianas. Como o foco foi a problematização da realidade e a busca por soluções, ou seja, a construção conjunta de estratégias de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental possíveis de implementação na APS, observa-se que houve um movimento inicial dos ACS de identificação de atitudes estigmatizantes de outras categorias profissionais que compõem as eSF, revelando resistências para integrarem-se à possibilidade de existência de estigma em suas próprias atitudes.

Esse movimento permitiu aos ACS desabafarem sobre seus contextos de atuação e, ao mesmo tempo, sobre suas inquietações com relação ao cuidado em saúde mental produzido em suas USF. Inevitavelmente, e também importante, os ACS explanaram suas percepções e incômodos sobre as limitações das políticas de saúde mental e o quanto são afetados por elas. Ainda que haja alguma insistência na reprodução do modelo biomédico, quando, por exemplo, ACS manifestaram seus desejos pela presença de profissionais especializados e capacitados na USF para a assistência em saúde mental na APS, é legítimo que se incomodem com tais

fragilidades na rede de saúde, pois evidenciam-se as lacunas, a sobrecarga de trabalho e, sobretudo, o quanto e para onde se deve avançar.

Todavia, na USF onde a experiência com matriciamento foi positiva, impactando de forma significativa o trabalho dos ACS e possibilitando a construção de novos olhares e formas de cuidado, percebeu-se maior responsabilização da equipe toda com o cuidado com as pessoas com transtorno mental. Por mais que as atitudes estigmatizantes também sejam presentes, as ações são construídas em conjunto, com o apoio matricial, com a valorização do trabalho do ACS e com a comunicação frequente entre os profissionais.

O matriciamento, portanto, é política fundamental para instrumentalizar as eSF para o processo de ressignificação das questões de saúde mental e do cuidado em saúde mental, visto que é necessário fortalecer o modelo psicossocial que permite a transformação de crenças e redução de atitudes estigmatizantes (LIMA; DIMENSTEIN, 2016; MORO; FERREIRA; ROCHA, 2020; EKSTEEN; BECKER; LIPPI, 2017; PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020). No entanto, com exceção da experiência positiva de uma USF com o matriciamento, há uma distância entre o que está preconizado pela política pública e o que acontece na prática, conforme foi exposto pela maioria dos ACS do presente estudo. Assim, quando as equipes precisam trabalhar em conjunto, em plano integrado, os princípios da Reforma Psiquiátrica entram em conflito com os princípios da APS e as dificuldades são evidenciadas (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Contudo, estudos afirmam a relevância da participação de ACS no cuidado em saúde mental da população para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (FRANCO; LANCETTI, 2000; BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009; RIOS, 2007), e diante do exposto, o presente estudo reafirma tal importância. Passos (2009) ressalta que um dos êxitos da Reforma Psiquiátrica é a ênfase em estratégias terapêuticas que transpassem as especialidades, pois entende-se que estas conduzem a ações tecnicistas, distanciando profissionais e usuários e, em algumas situações, desvalorizando os saberes das comunidades. Assim, a ação desespecializante presente no movimento da Reforma Psiquiátrica permite que o trabalhador de saúde da APS, especialmente o ACS, se abra à experiência dos encontros, criando novas formas de cuidado, considerando as subjetividades dos usuários e famílias (SAFFER; BARONE, 2017).

Por meio da metodologia da problematização, que tem como princípio a autonomia, que considera a cultura, os saberes e a responsabilização no processo de aprendizagem (XAVIER et al., 2014) e que valoriza a participação ativa no processo de construção do conhecimento, avaliação e resolução de problemas (MADALENA; HERMIDA; BARBOSA, 2015), os ACS, como protagonistas do cuidado em saúde mental na APS, apresentaram, na terceira etapa do presente estudo, estratégias para a redução do estigma com relação às pessoas com transtorno mental de acordo com suas experiências, observações, saberes e práticas cotidianas.

De forma unânime, o oferecimento de cursos por meio de capacitações e treinamentos em saúde mental foi elencado como fundamental para proporcionar às eSF espaços de reflexão, aprendizado e troca de informações relacionados à saúde mental e à questão do estigma. Sabe-se que ações educacionais resultam no desenvolvimento de atitudes positivas, na redução de comportamentos estigmatizantes e discriminatórios e na melhoria da qualidade dos cuidados e tratamento fornecido por profissionais de saúde primários (CORRIGAN et al., 2001; CORRIGAN et al., 2002). Ainda, evidências sugerem que as intervenções educacionais são eficazes na redução do estigma, especialmente para profissionais de saúde geral com pouca ou nenhuma formação formal em saúde mental (MHCC, 2012).

Nesse sentido, apesar de cada USF ter suas prioridades e especificidades, de acordo com a perspectiva dos ACS, observou-se o reconhecimento de se trabalhar conteúdos voltados às habilidades afetivas para a redução do estigma com toda eSF. Assim, percebeu-se a importância de resgatar com as eSF as características da ESF que, muitas vezes, não são colocadas em prática, e que podem contribuir com a redução do estigma, pois a ESF considera trabalhar com o desafio de romper com a lógica tradicional de assistência à saúde, para que o cuidado seja baseado na família e no contexto social (FARIAS et al., 2018).

Nessa mesma direção, destaca-se, também, a importância de apresentar, por meio de cursos e capacitações, a Rede de Atenção Psicossocial do município, quais os serviços e formas de funcionamento, pois ACS revelaram que, além deles próprios, muitos profissionais das eSF não conhecem os fluxos de atendimentos, os tipos de assistência em saúde mental e como ocorre a articulação entre os níveis de

atenção à saúde. Entende-se que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde em relação à RAPS é fator que dificulta as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. Ainda, os serviços de saúde da RAPS, se funcionarem de maneira isolada, sem articulação, podem comprometer a atenção integral e a continuidade do cuidado (OLIVEIRA, 2004).

Outro aspecto que poderia ser trabalhado nas capacitações, segundo os ACS, refere-se à aproximação das eSF com as questões de saúde mental por meio da sensibilização. Esta ideia aproxima-se de ações que envolvem o contato social com pessoas com transtorno mental. Estudos mostram que intervenções que proporcionam o contato social em situações fora do cuidado clínico entre profissionais de saúde e usuários dos serviços evidenciam benefícios para reduzir o estigma e a discriminação (CORRIGAN et al., 2012; HENDERSON et al., 2014; STUART et al., 2014; NYBLADE et al., 2019).

Nesse sentido, a incorporação de abordagens como a educação baseada em contato busca ampliar a conscientização, expondo profissionais de saúde da APS às histórias pessoais de pessoas com experiência vivida de transtorno mental (CORRIGAN et al., 2001). Estudos ressaltam, também, que o contato social pode ser direto (pessoalmente) ou indireto (mídias), mas há evidências de que o contato direto apresenta mais resultados positivos do que o contato indireto, tanto em intervenções voltadas para o público geral, quanto para profissionais de saúde de APS (CORRIGAN et al., 2007; RUSCH et al., 2008).

Ainda, destaca-se que, especialmente na USF 2, ACS sugeriram reflexões durante as reuniões de equipe, mas que dependem da atitude de cada profissional, de se incomodar com os comentários que são produzidos com relação aos usuários com transtorno mental e que refletem nas práticas de cuidado, podendo reforçar o estigma. Afirma-se que conversas reflexivas a partir de observações das práticas profissionais podem colaborar e contribuir, além da troca de conhecimento e experiências, para a tomada de decisões (BORGES; ALENCAR, 2014).

Outra estratégia elencada pelos ACS foi a construção de grupos para os usuários das USF. A promoção da saúde mental passa por ações coordenadas e efetivadas pela eSF nos mais variados espaços e deve estar atenta às necessidades do território, reconhecendo suas potencialidades. Muitas são as atividades que podem ser desenvolvidas pela eSF, dentre elas a realização de grupos terapêuticos,

grupos de cooperação mútua, grupos de educação, e que podem contribuir com maior adesão ao tratamento, ampliação de consciência sobre a condição de saúde, auxílio na interação com o sistema de saúde e construção do vínculo (BRASIL, 2011). No presente estudo, ficou evidente que os ACS valorizam as ações por meio de grupos com os usuários, tendo em vista que compartilharam casos em que houve evolução na vida das pessoas a partir da participação nos grupos de artesanato, por exemplo.

Um aspecto interessante foi que os ACS manifestaram a necessidade de os grupos não serem formados apenas com pessoas com transtorno mental, pois se a ideia é desconstruir crenças, é importante que os grupos sejam heterogêneos. No entanto, os ACS demonstraram que os grupos deveriam ser conduzidos por profissionais capacitados. Evidencia-se, portanto, que é importante que os ACS tenham a oportunidade de receber preparo para intervir nas demandas de saúde mental por meio de processos de capacitação, formação continuada e apoio matricial, que os auxiliem na elaboração de condutas adaptadas às necessidades dos usuários (SOARES et al., 2021).

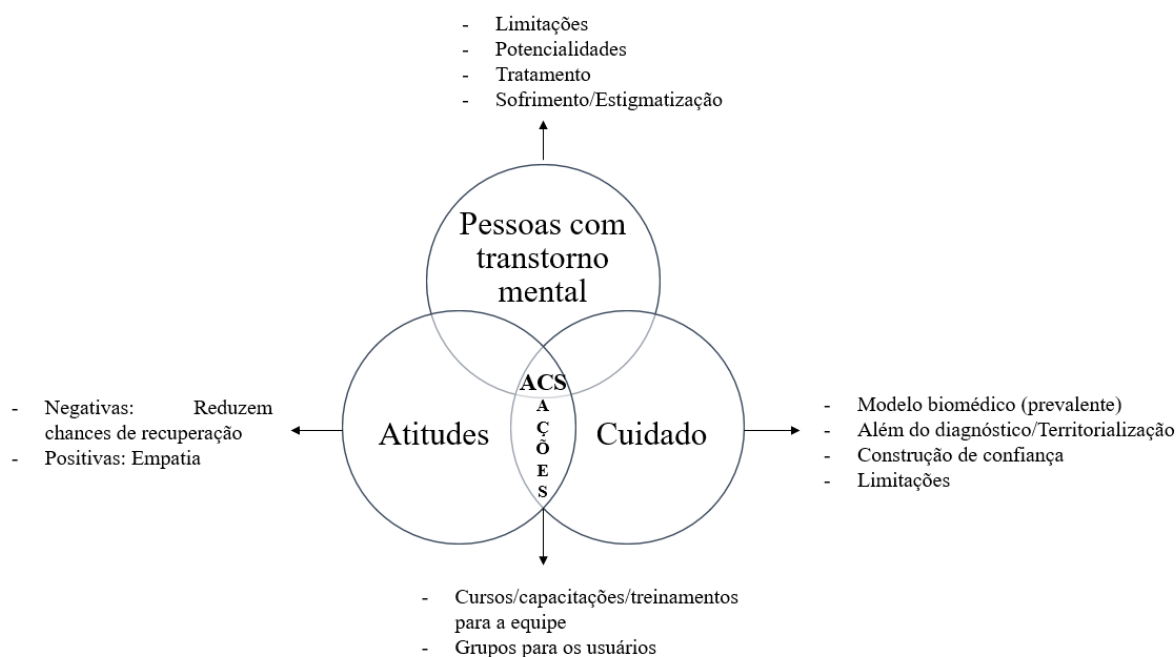
Uma estratégia também sugerida pelos ACS, especificamente da USF 1, como alternativa de redução do estigma com relação às pessoas com transtorno mental é a mudança de protocolos de atendimento, no sentido de flexibilizar algumas atitudes padrões de acordo com as necessidades e realidades dos usuários. Este tipo de estratégia pode ser concretizado por meio do acolhimento, como tecnologia leve, que propicia a escuta e o vínculo entre o profissional e o usuário (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018). É uma ação que desempenha papel importante no processo de cuidar, ultrapassa processos de triagem, encaminhamentos e outros procedimentos isolados, além de ser uma atividade que compete a todos os profissionais da eSF (ANJOS, 2015).

A flexibilização de protocolos, portanto, funciona como consequência do acolhimento, que consiste em recurso fundamental nos processos de trabalho em saúde e está descrito na Política Nacional de Humanização, estimulando os profissionais a uma postura capaz de acolher, escutar e de serem resolutivos frente às demandas dos usuários, considerando as necessidades apresentadas e os recursos disponíveis na rede de saúde. São, assim, ações capazes de proporcionar mudanças na atenção à saúde ofertada ao usuário, família e comunidade (BRASIL, 2010), uma vez que possibilitam a criação de laços e uma assistência pautada na

integralidade do cuidado e, conseqüentemente, oportunidades para a redução do estigma.

A Figura 4 abaixo sintetiza os pontos principais e a relação entre os ACS e as pessoas com transtorno mental no contexto de cuidado em saúde mental na APS.

Figura 4 – Síntese da relação entre Agentes Comunitários de Saúde e pessoas com transtorno mental



Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou, por meio de escala de mensuração de estigma específica para profissionais de saúde (OMS-HC), que os ACS têm atitudes estigmatizantes, mas não em grau elevado. Para complementar esse dado, a análise da percepção dos ACS com relação às pessoas com transtorno mental, sobre suas atitudes e sobre como se veem no processo de cuidado em saúde mental na APS, revelou aspectos ambivalentes, pois apesar da presença do estigma em algumas crenças e atitudes e da expectativa em maior resolubilidade dos casos, os ACS têm um olhar mais próximo das realidades e contextos de vida e se reconhecem como protagonistas do cuidado em saúde mental.

Apesar das limitações, os ACS contam com recursos de enfrentamento baseados na relação com os usuários e que são aprendidos com o tempo, no cotidiano, nas visitas domiciliares, no contato próximo, na escuta, no acolhimento e na comunicação. Esses recursos, conquistados durante a produção do cuidado, ultrapassam as funções de identificação, orientação e acompanhamento que os ACS têm em sua atuação junto às eSF, pois são desenvolvidos por meio do vínculo e da confiança que constroem com usuários e famílias.

Existem fragilidades nas políticas de saúde mental que dificultam o fortalecimento desses recursos de enfrentamento e que ampliam os desafios para a integração da saúde mental na APS, provocando, inevitavelmente, sentimento de impotência nos ACS, que percebem as consequências na efetivação da integralidade e continuidade do cuidado. No entanto, o espaço de reflexão oportunizado na terceira etapa do estudo, iniciado por meio da apresentação da síntese dos dados das entrevistas individuais interpretados pela pesquisadora, foi fundamental para os ACS se expressarem, em conjunto, sobre as atitudes, as práticas de cuidado, as ações em saúde mental que ocorrem em suas USF de atuação, bem como os desafios e possibilidades.

Ao estimular os ACS a pensarem ações possíveis de implementação na APS e de acordo com suas realidades, percebeu-se que, em processo de construção, as estratégias de redução de estigma elaboradas estão em conformidade com o modelo psicossocial preconizado pela Reforma Psiquiátrica, pois o foco está na busca do desenvolvimento de habilidades que proporcionem, não apenas aos ACS, mas à eSF, a ampliação do cuidado e, aos usuários, maior participação e integração aos serviços de saúde.

Contudo, ressalta-se que os ACS ainda possuem resistências para a corresponsabilização do cuidado, pois quando sugeriram a necessidade de grupos para os usuários, afirmaram que deveriam ser conduzidos por profissionais capacitados. Reconhece-se, assim, a importância de investir em formações que privilegiem, além do reforço das tecnologias leves, movimentos de desconstrução de crenças e práticas de cuidado reprodutoras de um modelo de atenção que contribui com o processo de estigmatização das pessoas com transtorno mental.

Destaca-se, assim, a importância do fortalecimento de políticas públicas que priorizem o apoio matricial, pois na USF onde a experiência com o matriciamento foi positiva na perspectiva dos ACS, foram observadas aproximações e maior alinhamento à lógica de cuidado em saúde mental na APS. Evidencia-se, portanto, que o fortalecimento de políticas de saúde mental, como o matriciamento, é essencial para oportunizar processos de transformação nas práticas de cuidado e maior articulação entre os serviços de saúde. São ações que, se efetivadas, podem atingir o estigma estrutural e, conseqüentemente, o estigma social com relação às pessoas com transtorno mental.

Além disso, um aspecto que chamou a atenção foi o incômodo de alguns ACS com relação às mudanças que ocorreram com a ESF com o passar dos anos, pois o que se vê na prática, atualmente, é algo muito distante do que se espera considerando as características das políticas de saúde e, também, do que já foi vivenciado por esses ACS em outros momentos de sua atuação. Nas USF onde esse incômodo foi mais evidente, observa-se que os ACS se sentem mais desvalorizados pela eSF. Nesse sentido, é relevante, também, pensar em ações que, além de resgatar o sentido da ESF, possibilitem acolher o trabalhador de saúde enquanto ser humano com limitações e potencialidades que também precisa de cuidado. Assim, as capacitações poderiam contar com espaços para que os trabalhadores compartilhem suas angústias, inquietações e desafios cotidianos.

Reduzir o estigma entre profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental exige entender as realidades, compreender os contextos de trabalho e acolher as reações emocionais dos profissionais para, assim, pensar em alternativas. Com os ACS do presente estudo, não foi diferente. Como membros das eSF, os ACS ocupam lugar estratégico para serem, de fato, protagonistas no cuidado em saúde mental, mas ao mesmo tempo, estão suscetíveis a desenvolverem estigma. No entanto, o reconhecimento da existência do estigma é

passo inicial para enfrentá-lo. Evidencia-se, assim, a importância deste estudo na identificação de atitudes, percepções e na construção de estratégias de redução de estigma no contexto da APS, pela perspectiva de quem está, cotidianamente, lidando com desafios relacionados ao cuidado em saúde mental.

Ainda, a participação ativa da pesquisadora possibilitou o reconhecimento de que o princípio da integralidade do cuidado, que é básico para o funcionamento do SUS, é bastante desafiador, pois apesar dos avanços em busca de ações voltadas ao modelo psicossocial, o foco na doença ainda é comum, principalmente quando se observa a dificuldade dos ACS e eSF ao lidarem com a demanda de saúde mental principal na APS, que são os transtornos mentais comuns. A busca de um cuidado ampliado, que colaboraria na redução do estigma, muitas vezes não encontra eco na realidade dos serviços de saúde. Assim, se reafirma a importância de que planejamentos e práticas cotidianas, ideias e ações caminhem juntos. Nesse sentido, torna-se fundamental, também, fortalecer as experiências de reflexões críticas no contexto da ESF, tendo em vista a complexidade do estigma e da saúde mental na APS.

O estudo conta com algumas limitações, como a utilização de um único instrumento de mensuração de estigma, e não uma bateria de instrumentos que poderia fortalecer os dados e o tipo de análise estatística utilizado. Como a análise quantitativa foi descritiva, descrevendo os participantes e a frequência de respostas, não foi realizada associação de variáveis. Outra limitação é que houve variação de participantes, ou seja, nem todos os participantes da primeira etapa participaram das outras etapas do estudo, apesar de que a maioria, sim. Ainda, a pesquisadora trabalhou com a ideia de “pessoas com transtorno mental”, sem especificar qual tipo de transtorno mental; apesar de proposital, pois o estigma existe em relação a qualquer transtorno mental, entende-se como limitação no estudo, pois os diferentes tipos de transtorno mental podem provocar diferentes reações nas pessoas e, conseqüentemente, diferentes estratégias de enfrentamento.

Os dados do estudo serão divulgados em artigos científicos e apresentação em eventos e, também, será realizado contato com a Coordenação da Saúde da Família do município de Ribeirão Preto para apresentação dos resultados, a fim de evidenciar a importância de ações direcionadas à APS no âmbito da saúde mental. Além disso, a pesquisadora entrará em contato com os gestores das USF participantes para apresentar os dados do estudo para os ACS.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023).

- ABAYNEH, S. et al. Service user involvement in mental health system strengthening in a rural African setting: qualitative study. **Bmc Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2017.
- ACEVEDO-POLAKOVICH, I. D. et al. Incorporating natural helpers to address service disparities for young children with conduct problems. **Children and Youth Services Review**, v. 35, p. 1463–1467, 2013.
- ALCÂNTARA, Marcus Alessandro de; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Influence of work organization on the prevalence of common mental disorders among community health workers in the city of Belo Horizonte, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, 2016.
- ALEGRÍA, M.; VALLAS, M.; PUMARIEGA, A. J. Racial and ethnic disparities in pediatric mental health. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 19p. 759–774, 2010.
- ALMEIDA, Mirian Cristina dos Santos; BAPTISTA, Patricia Campos Pavan; SILVA, Arlete. Workloads and strain process in Community Health Agents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 93-100, 2016.
- ÁLVARES, Juliana Cardoso; SOUSA, Maria Fátima; DA GLÓRIA LIMA, Maria. O DISCURSO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, 2013.
- ANGERMEYER, Matthias C. et al. Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin?. **Social Science & Medicine**, v. 103, p. 60-66, 2014.
- ANJOS, M.A.; CARVALHO, P.A.L.; SENA, E.L.S. et al. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v.7, n.16, p. 27-40, 2015.
- ASHER, L. et al. “I cry every day and night, I have my son tied in chains”: physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia. **Globalization And Health**, v. 13, n. 1, p. 1-14, 2017.
- BALAJI, M. et al. The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, 2012.
- BARROS, M.M.A.; CHAGAS, M.I.O.; DIAS, M.S.A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.
- BARROS, Márcia Maria Mont'Alverne de; CHAGAS, Maristela Inês Osawa; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 227-232, 2009.

BHATTACHARYYA, K. et al. **Community health worker incentives and disincentives**: how they affect motivation, retention and sustainability. Arlington, Virginia, BASICS/USAID. 2001.

BJÖRKMAN, T.; ANGELMAN, T.; JÖNSSON, M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 22, n. 2, p. 170–177, 2008.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.

BORGES, P. K. O. et al.; Interações sensíveis à atenção primária e o cuidado na rede assistencial em saúde. **Rev RENE**, v. 17, n. 5, p. 668-75, 2016.

BORGES, Tiago Silva; ALENCAR, Gidélia. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em revista**, v. 3, n. 4, p. 119-143, 2014.

BRASIL. Dulce Helena Chiaverini. Ministério da Saúde (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Lei nº 10507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 13 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 13 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf>. Acesso em: 13 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.– 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília/ DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15anosCaracas.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CABRAL, Juliana Fernandes; GLERIANO, Josué Souza; DO NASCIMENTO, Jakelline Débora Martins. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 193-209, 2019.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 4, p. 573-80. 2008.

CALDWELL, T. M.; JORM, A. F. Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: A comparison with psychiatrists and the public. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, n. 34, p. 602-611, 2000.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4.643-4.652, 2011.

CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-13, 2010.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1509-1520, 2010.

CARRARA, Bruna Sordi et al. Validation of the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Factor Structure and Psychometric Properties of the Brazilian Version. In: **Healthcare**. MDPI, 2023. p. 1049.

CARRARA, Bruna Sordi; VENTURA, Carla Aparecida Arena; DE GODOY COSTA, Simone. Cultural adaptation of the opening minds scale for health care providers (OMS-HC) for Brazil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 45, p. e54524-e54524, 2023.

CHIEN, W. T.; YEUNG, F. K. K.; CHAN, A. H. L. Perceived Stigma of Patients with Severe Mental Illness in Hong Kong: Relationships with Patients' Psychosocial Conditions and Attitudes of Family Caregivers and Health Professionals. **Administration and Policy in Mental Health**, v. 41, n. 2, p. 237–251, 2014.

CHOW, J. C. C.; JAFFEE, K.; SNOWDEN, L. Racial/ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas. **American Journal of Public Health**, v. 93, p. 792–797, 2003.

CLEMENT, Sarah et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Psychological medicine**, v. 45, n. 1, p. 11-27, 2015.

COELHO, Lara Gonçalves; GONÇALVES, Rafael Camilo; PEGORARO, Renata Fabiana. Demanda de saúde mental segundo experiência de Agentes Comunitárias de Saúde.

COLTON, C. W.; MANDERSCHIED, R. W. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. **Preventing Chronic Disease**, v. 3, n. 2: A42, 2006.

CORRIGAN P. W.; MORRIS, S. B.; MICHAELS, P. J. et al. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. **Psychiatr Serv.**, v. 63, n. 10, p. 963-973, 2012.

CORRIGAN, P. et al. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 44, n. 2, p. 162–179, 2003.

CORRIGAN, P. W. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614–25, 2004.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 16–20, 2002.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 16–20, 2002.

CORRIGAN, P. **On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change**. Washington, DC, American Psychological Association, 2005.

CORRIGAN, P.; LARSON, J.; SELLS, M. et al. Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? **Community Mental Health Journal**, v. 43, p. 171–181, 2007.

CORRIGAN, P.W.; GREEN, A.; LUNDIN, R. et al. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. **Psychiatric Services**, v. 52, p. 953-958, 2001.

CORRIGAN, P.W.; GREEN, A.; LUNDIN, R. et al. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. **Psychiatric Services**, v. 52, p. 953-958, 2001.

CORRIGAN, P.W.; ROWAN, D.; GREEN, A. et al. Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. **Schizophrenia Bulletin**, v. 28, p. 293-310, 2002.

CORRIGAN, Patrick W.; MARKOWITZ, Fred E.; WATSON, Amy C. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. **Schizophrenia bulletin**, v. 30, n. 3, p. 481-491, 2004.

CORRIGAN, Patrick. How stigma interferes with mental health care. **American psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614, 2004.

COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2147-2156, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso, 2013.

DE OLIVEIRA, Jones Sidnei Barbosa; SUTO, Cleuma Sueli Santos; DA SILVA, Rudval Souza. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Saúde. com**, v. 12, n. 3, p. 613-62, 2016.

DE SOUZA SOARES, Carlos Gabriel et al. Saúde mental na atenção primária: um estudo sobre a atuação dos agentes comunitários de saúde Mental health in primary care: a study of the performance of community health workers. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 11755-11781, 2021.

DELFINI, P. S. et al. Perfil dos usuários em um Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil da Grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2019.

DELL, N. A. et al. Mental health provider stigma, expectations for recovery, and perceived quality of care provided to persons with mental illness. **Stigma and Health**, v. 6, n. 2, p. 247-250, 2020.

DOCKERY, Lisa et al. Stigma-and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. **Psychiatry Research**, v. 228, n. 3, p. 612-619, 2015.

- DUTRA, Virginia Faria Damásio; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, v. 15, n. 4, p. 529-540, 2015.
- EKSTEEN, Hendri-Charl; BECKER, Piet J.; LIPPI, Gian. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 63, n. 8, p. 782-791, 2017.
- FARIAS, Danyelle Nóbrega de et al. Interdisciplinary and interprofessionality in the family health strategy. **Trabalho, Educação e Saúde**, n. AHEAD, p. 0-0, 2017.
- FEDER, Kenneth A. et al. US adults with opioid use disorder living with children: Treatment use and barriers to care. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 93, p. 31-37, 2018.
- FLUMIAN, R. B.; FIORONI, L. N. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. Pág. 179-198, 10 mar. 2018.
- FLUMIAN, Raqueli Braga; FIORONI, Luciana Nogueira. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Tempus– Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. ág. 179-198, 2017.
- FORTES, S. et al. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 33, n. 2, p.150-156, 2011.
- FRANCO, L.; LANCETTI, A. Quatro observações sobre as parcerias. In: LANCETTI, A. (org.) *Saúde Loucura 7*. Saúde mental e Saúde da Família, São Paulo: Hucitec, 2000. p. 103-107.
- GARELICK, Antony I. Doctors' health: stigma and the professional discomfort in seeking help. **The Psychiatrist**, v. 36, n. 3, p. 81-84, 2012.
- GIUGLIANI, Camila et al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. **The Journal of ambulatory care management**, v. 34, n. 4, p. 326-338, 2011.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.
- GOMES FONSECA, Roberta Bárbara. O perfil do Agente Comunitário de Saúde e sua feminização. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 3, 2019.
- GOMES, Karine de Oliveira et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.
- GRYSCHEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?

Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

GUANAES-LORENZI, Carla; PINHEIRO, Ricardo Lana. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2537-2546, 2016.

HANSSOM, L. et al. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? **International Journal of Social Psychiatry**, v. 59, n. 1, p. 48-54, 2013.

HENDERSON, C.; NOBLETT, J.; PARKE, H. et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. **Lancet Psychiatry**, v. 1, n. 6, p. 467-482, 2014.

HINSHAW, Stephen P.; STIER, Andrea. Stigma as related to mental disorders. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 4, p. 367-393, 2008.

HODGES, B.; INCH, C.; SILVER, I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950–2000: a review. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, p. 1579–86, 2001.

INGHAM-BROOMFIELD, R. A nurses' guide to mixed methods research. **Aust J Adv Nurs.**, v. 33, n. 4, p. 46-52, 2016.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

JORM, A. F. et al. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 33, n. 1, 77–83, 1999.

KAKUMA, R. et al. Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. **Lancet**, v. 378, p. 1654–1663, 2011.

KASSAM, A. et al. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). **BMC Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 62, 2012.

KATIGBAK, Carina et al. Partners in health: a conceptual framework for the role of community health workers in facilitating patients' adoption of healthy behaviors. **American journal of public health**, v. 105, n. 5, p. 872-880, 2015.

KATZ, C. L.; LAHEY, T. P.; CAMPBELL, H. T. An Ethical Framework for Global Psychiatry. **Annals Of Global Health**, v. 80, n. 2, p.146-151, 2014.

KENNEDY-HENDRICKS, Alene et al. Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: associations with public support for punitive and public health-oriented policies. **Psychiatric services**, v. 68, n. 5, p. 462-469, 2017.

KERRIDGE, Bradley T. et al. Predictors of treatment utilization and barriers to treatment utilization among individuals with lifetime cannabis use disorder in the United States. **Drug and alcohol dependence**, v. 181, p. 223-228, 2017.

KHENTI, A.; MANN, R.; SAPAG, J. C. et al. Protocol: a cluster randomised control trial study exploring stigmatisation and recoverybased perspectives regarding mental illness and substance use problems among primary healthcare providers across Toronto, Ontario. **BMJ Open**, 7:e017044, 2017.

KILBOURNE, A. M. et al. Advancing health disparities research within the health care system: A conceptual framework. **American Journal of Public Health**, v. 96, p. 2113–2121, 2006.

KOPERA, M. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. **Community Mental Health Journal**, v. 52, n. 5, p. 628- 34, 2014.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LANCETTI. Notas sobre clínica e política. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 67-69, 2004.

LANCMAN, Selma et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 682-688, 2009.

LAVOR, A. C. H. O. Agente Comunitário: um novo profissional da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, p. 16-19. 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 15, p. 137-152, 2011.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, p. 9-20, 2013.

LIMA, Jacob Carlos; MOURA, Maria do Carmo. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, v. 20, p. 103-133, 2005.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção a crise. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 58, p. 625-636, 2016.

LINK, B. G. et al. Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance. **American Journal of Public Health**, v. 89, n.

9, p. 1328-33, 1999.

LINK, B. G.; PHELAN, J. Conceptualizing stigma. **Annual Review Sociology**, v. 27, n. Lewis 1998, p. 363–85, 2001.

LIVINGSTON, James D. Structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues. **Mental Health Commission of Canada: Ottawa, ON, Canada**, 2020.

MADALENA, P.; HERMIDA, V.; BARBOSA, S. S. Active methodology in nursing education: innovation of the practice in the primary health care. **Rev Enferm da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 683-91, 2015.

MARINHO, Fatima et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 2018.

MAZZAIA, M. C. Necessidades em saúde mental e pesquisa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 5, p. 2077-2078, 2018.

MEHTA, N.; CLEMENT, S.; MARCUS, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. **British journal of psychiatry**, v. 207, n. 5, p. 377–384, 2015.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MERCES, A. M. F et al. Práticas de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família: revisão integrativa, **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 417-25, 2015.

MHCC. Mental Health Commission of Canada. Initiatives Opening Minds. Disponível em: <www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/OpeningMinds.aspx>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MORGAN, Kirsty; LEE, Jessica; SEBAR, Bernadette. Community health workers: a bridge to healthcare for people who inject drugs. **International Journal of Drug Policy**, v. 26, n. 4, p. 380-387, 2015.

MORO, Larissa Moraes; ROCHA, Kátia Bones. Estigma Associado à Saúde Mental Entre Profissionais da Atenção Básica à Saúde. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 32, 2022.

MORRIS, Mary B. et al. Use of task-shifting to rapidly scale-up HIV treatment services: experiences from Lusaka, Zambia. **BMC health services research**, v. 9, p. 1-9, 2009.

MURNEY, M. A.; SAPAG, J. C.; BOBBILI, S. J.; KHENTI, A. Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: a qualitative study. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v.15, n.1., 2020.

- NADEEM, E. et al. Does stigma keep poor young immigrant and US-born black and Latina women from seeking mental health care? **Psychiatric Services**, v. 58, p. 1547–1554, 2007.
- NEWTON-HOWES, G.; WEAVER, T.; TYRER, P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 7, p. 572-577, 2008.
- NORDT, C.; RÖSSLER, W.; LAUBER, C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32, n. 4, p. 709–714, 2006.
- NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.
- NUNES, M.O.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.
- NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. 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**, v. 23, p. 2375-2384, 2007.
- OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Território do Sistema Único de Saúde: Mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde 1990. Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Caracas*. Caracas. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.
- Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas pela Infância. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 [internet]. Brasília, DF: Unicef; 1979 [acesso em 2023 março 13]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011.
- PAIVA, Pâmela Câmpelo et al. Sofrimento psíquico e a abordagem da comunidade na voz do agente comunitário de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 139-144, 2016.
- PASSOS, I. C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 244p.

- PELUSO, E.; BLAY, S. L. Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, n. 12, p. 955–961, 2004.
- PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia educacional em saúde mental para médicos da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 6-14, 2018.
- PEREIRA, Maria Alice Ornellas et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 567-572, 2007.
- Pereira, R. M. P., Amorim, F. F. & Gondim, M. F. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. *Interface*, 24(Supl. 1), e190664
- PEREIRA, Rafaela Miranda Proto; AMORIM, Fábio Ferreira; GONDIM, Maria de Fátima de Novais. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190664, 2020.
- PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 905-911, 2011.
- PERIS, T. S.; TEACHMAN, B. A.; NOSEK, B. A. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness Links to Clinical Care. **Journal of nervous and mental disease**, v. 196, n. 10, p. 752– 760, 2008.
- PESCOSOLIDO, Bernice A. The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove?. **Journal of Health and Social behavior**, v. 54, n. 1, p. 1-21, 2013.
- PICOLLI, Graziela Zagonel. O contexto da prática psicológica na atenção básica de saúde. 2021.
<https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/8524/TCC%20Graziela%20Zagonel%20Picolli.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- RAGURAM, Ramanathan et al. Traditional community resources for mental health: a report of temple healing from India. **Bmj**, v. 325, n. 7354, p. 38-40, 2002.
- REAVLEY, N. J. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 433–41, 2014.
- RIOS, I.C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 251-263, 2007.
- RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

RUSCH, L.; KANTER, J.; ANGELONE, A.; RIDLEY, R. The impact of in our own voice on stigma. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, v. 11, p. 373–389, 2008.

RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**, v. 20, n. 8, p. 529–539, 2005.

SAFFER, Denis Axelrud; BARONE, Luciana Rodriguez. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 813-833, 2017.

SAFFER, Denis Axelrud; BARONE, Luciana Rodriguez. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 813-833, 2017.

SAMUDIO, J. L. P. et al. Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: Multiplicidade de Atividades e Fragilização da Formação. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745-770, set./dez. 2017.

SANTOS, Ana Maria Vitricia de Souza et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, p. 160-168, 2017.

SAPAG, J. C.; SENA, B. F.; BUSTAMANTE, I. V. et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. **Global Public Health**, v. 13, n. 10, p. 1468–1480, 2018.

SARAVANAN, Balasubramanian et al. Belief models in first episode schizophrenia in South India. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 42, p. 446-451, 2007.

SARTORIUS, N. Stigma and mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 810 – 11, 2007.

SHIM, R.; Rust, G. Primary care, behavioral health, and public health: partners in reducing mental health stigma. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 774–776, 2013.

SILVA FILHO, José Adelmo da; BEZERRA, Adriana de M. **Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa**. *Id on Line Rev.Mult. Psic.*, 2018, vol.12, n.40, p.613-627. ISSN: 1981-1179.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.

SILVA, Mariana de Abreu Barbosa Pereira da; PERES, Rodrigo Sanches. O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde em relação a usuários de

saúde mental. **Vínculo**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 55-65, 2016 .

SILVA, Priscilla Maria de Castro et al . Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 10, n. 1, e617, Apr. 2019.

SILVA, Thais Lacerda et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 58-69, 2020.

STARFIELD, Barbara et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2006.

STUART, H. et al. Opening minds in Canada: targeting change. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 59, n. 1 suppl, p. 13-18, 2014.

STUART, H. et al. Paradigms Lost: Fighting stigma and the lessons learned. New York: Oxford University Press Inc.; 2012.

STUART, H. et al. Paradigms Lost: Fighting stigma and the lessons learned. New York: Oxford University Press Inc.; 2012.

STUBER, J. P. et al. Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. **Psychiatric Services**, v. 65, n. 4, p. 490–497, 2014.

STULL, L. G.; MCGREW, J. H.; SALYERS, M. P.; ASHBURN-NARDO, L. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness: Attitudes in an Evidence-Based Practice. **Journal of nervous and mental disease**, v. 201, n. 12, p. 1072–79, 2013.

SUH, E. Mental Health and Substance Use Anti-Stigma/Discrimination Intervention for Primary Health Care in Ontario. Pilot Evaluation Report on behalf of the Office of International Health, Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1079-1097, 2010.

THORNICROFT, G. et al. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? **British Journal Psychiatry**, v. 190, p. 192-3, 2007.

THORNICROFT, G. **Shunned**: Discrimination against people with mental illness. Oxford University Press: Oxford, 2006.

THORNICROFT, G.; BROHAN, E.; KASSAM, A.; LEWIS-HOLMES, E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 2, n. 3, 2008.

THORNICROFT, G.; BROHAN, E.; KASSAM, A.; LEWIS-HOLMES, E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. **International Journal of Mental**

Health Systems, v. 2, n. 3, 2008.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 183-93, 2009.

VIANA, Ana Luiza D.'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil eo Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIBHA, P.; SADDICHHA, S.; KUMAR, R. Attitudes of ward attendants towards mental illness: comparisons and predictors. **The International Journal of Social Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 469–478, 2008.

VILLARDI, M. L. et al. (Org.). **Mudança de paradigma no ensino superior em saúde e as metodologias problematizadoras**. A problematização em educação em Saúde: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015. p. 23-44.

WAIMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Community Health Agents' perceptions and practice in mental health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1170-1177. 2012.

WAIMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Community Health Agents' perceptions and practice in mental health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1170-1177. 2012.

WAINBERG, M. L. et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n. 5, p.1-16, 2017.

WALKER, E. R. et al. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. **Jama Psychiatry**, v. 72, n. 4, p. 334- 341, 2015.

WATSON, Amy C.; CORRIGAN, Patrick W.; ANGELL, Beth. What motivates public support for legally mandated mental health treatment?. **Social Work Research**, v. 29, n. 2, p. 87-94, 2005.

WENCESLAU, L. D; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

WHITEFORD, H. A.; DEGENHARDT, L.; REHM, J. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 2013.

WHO. **Community health workers: What do we know about them?** The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: WHO; 2007. Disponível em:

<https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

WHO. **Global policy recommendations: increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention.** Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

WHO. **Global policy recommendations: increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention.** Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

WHO. **Mental health action plan 2013-2020;** 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>. Acesso em: 01 nov. 2020.

WHO. **Mental health atlas 2017.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/>. Acesso em: 01 nov. 2020.

WHO. **Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.** World Health Organization, 2011. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

WHO. Strengthening the performance of community health workers in primary health care. **Report of a WHO Study Group.** Geneva: World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 780); 1989. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39568>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

WHO. **WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

WHO. **WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

WHO/WONCA. **Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective.** Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA); 2008. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Integrating mental health in primary care: a global perspective.** Geneva: WHO, 2008.

XAVIER, Laudicéia Noronha et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, 2014.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Etapa 1 (Frente)

Eu, Bruna Sordi Carrara, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: “Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de Saúde e a redução do estigma”, que tem como objetivo construir alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental.

Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Nesta etapa da pesquisa, sua participação consistirá em informar, por meio de questionários, questões relacionadas ao estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Essa atividade será agendada conforme sua disponibilidade de data e horário, será desenvolvida no seu ambiente de trabalho e terá duração de aproximadamente 30 minutos. A atividade servirá, apenas, para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer interferência na sua atuação profissional.

Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas poderão contribuir para a construção de alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer. Está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar desta pesquisa. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o senhor receberá uma via assinada pela pesquisadora deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone (16) 3315 9197, ou e-mail cep@eerp.usp.br. (Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP - Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 h e das 14 às 16 h.)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
(verso)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

Bruna Sordi Carrara
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto
CEP: 14040-902
Tel: (16) 994525665

Eu,

_____,

declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

Assinatura

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados da primeira etapa do estudo**Parte 1:**

Antes que você responda o questionário “Escala **Opening Minds** para Profissionais de Saúde”, gostaríamos de te conhecer melhor. Assim, solicitamos que preencha os dados para caracterização sociodemográfica. Desde já, agradecemos sua atenção e tempo dedicado a responder esse questionário!

Caracterização sociodemográfica

Data: ___ / ___ / ____ Serviço de Saúde: () UBS () USF

Iniciais: _____ Sexo: () F () M Data de Nascimento: ___ / ___ / ____

Formação:

() Médico. Especialidade: _____. Mês: _____ Ano: _____

() Enfermeiro. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar de Enfermagem. Mês: _____ Ano: _____

() Técnico de Enfermagem. Mês: _____ Ano: _____

() Dentista. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal. Mês: _____ Ano: _____

() Farmacêutico. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar de Farmácia. Mês: _____ Ano: _____

() Outra. Qual? _____. Mês: _____ Ano: _____

Tempo de atuação profissional: _____ ano(s) e _____ mês(es)

Ocupação/função:

Tempo de atuação na ocupação/função: _____ ano(s) e _____ mês(es)

Formação complementar:

() Especialização. Área: _____

() Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado

Unidade (s) de Saúde em que atua:

Ocupação na Unidade

Tempo de atuação na Unidade: _____ ano(s) e _____ mês(es)

Você conhece alguém (pessoa próxima, amigo ou membro da família) com algum Transtorno mental?

() Sim () Não

Você já tratou/cuidou de alguma pessoa com transtorno mental?

() Sim () Não

Parte 2:

Escala Opening Minds para Profissionais da Saúde

	Discordo Plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente
1. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria a nenhum dos meus colegas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se um colega com quem eu trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ ela da mesma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental controlado caso ela/ ele seja a melhor pessoa para o trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu iria a um médico mesmo sabendo que ele já foi tratado de um transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu não me importaria se uma pessoa com um transtorno mental morasse ao lado da minha casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física do que ao ajudar uma pessoa com um transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse lidar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação às pessoas que têm transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que o transtorno estivesse apropriadamente controlado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Etapa 2 (Frente)

Eu, Bruna Sordi Carrara, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: “Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de Saúde e a redução do estigma”, que tem como objetivo construir alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental.

Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Nesta etapa da pesquisa, sua participação consistirá em informar, por meio de entrevista, questões relacionadas ao estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Essa atividade será agendada conforme sua disponibilidade de data e horário, será desenvolvida de forma remota por meio de plataformas, como Google Meet, ou por ligação telefônica, e terá duração de aproximadamente 30 minutos. O(a) senhor(a) será orientado(a) a desligar a câmera (no caso da utilização do Google Meet) para preservar a sua imagem. A atividade servirá, apenas, para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer interferência na sua atuação profissional.

Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas poderão contribuir para a construção de alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer. Está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar desta pesquisa. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o senhor receberá uma via assinada pela pesquisadora deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone (16) 3315 9197, ou e-mail cep@eerp.usp.br. (Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP - Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 h e das 14 às 16 h.)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
(verso)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

Bruna Sordi Carrara
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto
CEP: 14040-902
Tel: (16) 994525665

Eu,

_____,

declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

Assinatura

APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados da segunda etapa do estudo

Parte 1 - Caracterização sociodemográfica

Iniciais do nome: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ____

Gênero: () Masculino () Feminino () Outro – Por favor, especifique _____

Escolaridade:

Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo ()

Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo ()

Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ()

Formação:

() Médico. Especialidade: _____. Mês: _____ Ano: _____

() Enfermeiro. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar de Enfermagem. Mês: _____ Ano: _____

() Técnico de Enfermagem. Mês: _____ Ano: _____

() Dentista. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal. Mês: _____ Ano: _____

() Farmacêutico. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar de Farmácia. Mês: _____ Ano: _____

() Outra. Qual? _____. Mês: _____ Ano: _____

Pós-Graduação: () sim () não

Se sim, qual? _____

() Especialização em _____

() Mestrado em _____

() Doutorado em _____

Unidade de Saúde da Família que atua: _____

Tempo de atuação na Unidade: _____

Parte 2 – Entrevista semi-estruturada

1. Quando eu falo “pessoas com transtornos mentais”, o que você imagina? O que passa pela sua cabeça?
 - 1.1 O que você acha que faz você pensar assim?
 2. Como você acha que é a vida das pessoas com transtornos mentais?
 - 2.2 E como você acha que as pessoas com transtornos mentais se sentem diante da vida?
 3. Quais habilidades ou capacidades você vê nas pessoas com transtornos mentais?
 4. Você tem alguma experiência (já vivenciou alguma situação) com pessoas com transtornos mentais que você poderia compartilhar?
 - 4.1 Como foi sua reação (o que você fez nessa situação?)
 - 4.2 Como você se sentiu nessa situação?
- (CASO A PERGUNTA “4” NÃO ESTIVER RELACIONADA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL, INCLUIR AS PERGUNTAS):
5. Você tem alguma história de algum usuário da USF que possa contar, alguma experiência profissional envolvendo pessoas com transtornos mentais?
 - 5.1 Como foi sua reação (o que você fez nessa situação?)
 - 5.2 Como você se sentiu nessa situação?
 6. Me conta um pouco sobre a assistência em saúde mental na sua USF. Como acontece?
 7. Como você percebe o seu papel, de Agente Comunitário de Saúde, na assistência em saúde mental?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Etapa 3

(Frente)

Eu, Bruna Sordi Carrara, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: “Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de Saúde e a redução do estigma”, que tem como objetivo construir alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental.

Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Nesta etapa da pesquisa, sua participação consistirá em informar, por meio de atividades em cinco encontros, questões relacionadas ao estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Essa atividade será agendada em sua Unidade de Saúde, com a colaboração de sua gerente, sem comprometer suas funções, e cada encontro terá a duração de 60 minutos, aproximadamente. A atividade servirá, apenas, para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer interferência na sua atuação profissional.

Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas poderão contribuir para a construção de alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer. Está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar desta pesquisa. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o senhor receberá uma via assinada pela pesquisadora deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone (16) 3315 9197, ou e-mail cep@eerp.usp.br. (Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP - Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 h e das 14 às 16 h.)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
(verso)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

Bruna Sordi Carrara
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto
CEP: 14040-902
Tel: (16) 994525665

Eu,

_____,

declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

Assinatura

APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados da primeira etapa do estudo

Parte 1 - Caracterização sociodemográfica

Iniciais do nome: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ____

Gênero: () Masculino () Feminino () Outro – Por favor, especifique _____

Escolaridade:

Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo ()

Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo ()

Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ()

Unidade de Saúde da Família que atua:

Tempo de atuação na Unidade:

Conhece alguém próximo (familiares, amigos) com transtorno mental?

Sim () Não ()

Experiência pessoal com transtorno mental?

Sim () Não ()

APÊNDICE G – Conteúdo apresentado (Teorização) na terceira etapa do estudo



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: Agentes Comunitários de Saúde e a redução do estigma



Bruna Sordi Carrara
Profª. Drª. Carla Ap. Arena Ventura

ESTIGMA

PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL
Sofrimento -> sintomas; impactos
Melhora nos serviços x Barreiras -> ESTIGMA



ESTIGMA
Fenômeno social; Processo sócio cognitivo que abrange conceitos prejudiciais às pessoas que encontram-se em desvantagens sociais.

Ocorrência do estigma: interrelação de elementos (rotulação, estereótipos, distância social, perda de status e discriminação) e em contexto de poder social, econômico e político.

Goffman (1988); Corrigan (2004); Link & Phelan (2001); Thornicroft (2006)

ESTIGMA

Exemplos de estigma relacionado às pessoas com transtorno mental:

- são pessoas dependentes
- são pessoas perigosas, imprevisíveis, violentas
- não conseguem se recuperar
- não conseguem tomar decisões por si mesmas
- não podem trabalhar
- não conseguem grandes conquistas
- não são confiáveis
- depressão é frescura, falta de Deus



IMPACTOS DO ESTIGMA



Corrigan (2004); Link & Phelan (2001); Thornicroft (2006)

IMPACTOS DO ESTIGMA



IMPACTOS DO ESTIGMA

- Geralmente o estigma traz experiências e sentimentos de:

- Vergonha;
 - Culpa;
 - Desesperança;
 - Angústia;
 - Resistência em buscar ou aceitar ajuda (impacto direto)
- mecanismos psicológicos negativos (impacto indireto)

A estigmatização é um dos principais fatores que inibem a utilização dos serviços de saúde e a adesão ao tratamento.

(Peluso & Blay, 2004; Corrigan et al., 2005; Ronzani, Higgins-Biddle, & Furtado, 2009)

AUTO-ESTIGMA

- Internalização do estigma: a pessoa percebe o estigma, concorda com ele e aplica a si mesmo ("Pessoas com transtorno mental são fracas, então eu também sou");
- Auto-desvalorização, auto-isolamento, baixa auto-estima;
- A diminuição da auto-estima contribui para a falta de esperança em alcançar os objetivos na vida e acaba agravando os sintomas dos transtornos mentais (Link et al., 1999).
- Nem todas as pessoas com transtorno mental internalizam o estigma público, algumas pessoas não percebem ou não se incomodam com seus efeitos. Outras se sentem indignadas e buscam justiça, o que contribui para melhora da auto-estima, melhor qualidade de vida e maior apoio social (Corrigan et al., 1999).

AUTO-ESTIGMA

- Alguns estudos mostram que a gravidade do transtorno mental não influencia no auto estigma e na adesão ao tratamento;
- Outros estudos indicam que quanto mais grave o transtorno mental, maior o auto estigma e menor a adesão ao tratamento;
- Ter maior consciência do próprio transtorno mental aumenta a adesão ao tratamento e diminui o nível de auto-estigma.



Assim como estigma público, o autoestigma traz consequências como reações emocionais e comportamentos negativos que interferem diretamente na assistência à saúde e podem atuar como barreira ao acesso aos cuidados de saúde e à adesão ao tratamento.

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF3120/19- CAPP
CSV/2019

Ribeirão Preto, 21 de Agosto de 2019.

Senhora Orientadora,

Informamos que os gerentes das Unidades de Saúde da família que concordaram com a realização do projeto de pesquisa foram : USF "José Paulo Pimenta de Mello" - Jardim Zara, USF Dr José Augusto Laus Filho - Avelino Alves Palma, USF Prof. Dr. Alberto Raul Martínez - Estação do Alto, USF "Doutor Luiz Gonzaga Olivério" - Jardim Heitor Rigon, USF Drº Álvaro de Oliveira Paiva - Jardim Paiva, USF "César Augusto Arita" - Paulo Gomes Romeo, USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco - Jardim Eugênio Mendes Lopes, USF "Ernesto Che Guevara" - Jardim Maria Casagrande Lopes, USF "Drº Heloísa Maia La Rocca" - Jamil Seme Cury e USF "Dr. Álvaro Panazzolo" - Vila Albertina, da Secretaria Municipal da Saúde. Os gerentes e equipe manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em suas Unidades.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"EXPLORANDO ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E PERSPECTIVAS DE RECUPERAÇÃO RELACIONADAS AOS TRANSTORNOS MENTAIS E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS JUNTO A PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO, BRASIL"** sob a responsabilidade da **Profª. Drª CARLA APARECIDA ARENA VENTURA** e dos pesquisadores **JACQUELINE DE SOUZA, KELLY GRAZIANI GIACCHERO VEDANA, SIMONE DO GODOY COSTA E OUTROS.**

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,


Drª. Cláudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

Profª. Drª CARLA APARECIDA ARENA VENTURA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 36041642 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br

ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 014/2020, de 29/01/2020

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 28 de janeiro de 2020.

Protocolo CAAE: 26431119.6.0000.5393

Projeto: Explorando Estigma, Discriminação e Perspectivas de Recuperação relacionados aos Transtornos Mentais e Uso de Substâncias Psicoativas junto a Profissionais de Unidades Básicas de Saúde em Ribeirão Preto, Brasil: Ensaio Controlado Randomizado

Pesquisador: Carla Aparecida Arena Ventura

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,



Prof.ª. Dr.ª. Rosane Pilot Pessa

Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Carla Aparecida Arena Ventura

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP