Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

(Des)enCAPSulando: os agentes comunitários de
saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental

Talita Gomes Taniguchi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida
e Sociedade.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Fabiola Zioni.

SÃO PAULO
2018

(Des)enCAPSulando: os agentes comunitários de saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental

Talita Gomes Taniguchi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública, da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade.

Orientador (a): Prof.^aDra. Fabiola Zioni.

SÃO PAULO
2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução, total ou parcial, é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Catálogo da Publicação

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Taniguchi, Talita Gomes.

(Des)enCAPSulando: Os agentes comunitários de saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental. – São Paulo, 2018.

Nº 143 fls. f.: il.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Fabiola Zioni

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2018.

1. Saúde mental 2. Transtorno mental 3. Reforma Psiquiátrica 4. Estratégia Saúde da Família 5. Agente Comunitário de Saúde 6. Centro de Atenção Psicossocial 7. Sistema Único de Saúde.

DEDICATÓRIA

À maior professora, exemplo, parceira, amiga e conselheira.

À quem sempre fez e fará tudo por mim, mostrando o verdadeiro amor incondicional...

...minha MÃE.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe por me amar tanto e se esforçar sem limites para me ver feliz. Assim como minhas irmãs e padrasto, que colaboraram com o restante das inúmeras atividades e dificuldades de minha vida, para que eu pudesse me dedicar ao mestrado.

Às minhas tias e tios pelo apoio e companhia.

Ao meu pai e avó, que não puderam estar presentes de coração, mas estiveram presentes de alma.

À quem me desafiou, colaborando para que eu me tornasse uma mulher mais forte. Mas que também por me amar, tornou-se um parceiro neste processo.

À equipe do LASAMEC, pelo incentivo à pesquisa e escutas acolhedoras. E também às amigas que se tornaram tão presentes e essenciais neste processo.

Agradeço à USP, por me permitir fazer ciência em épocas tão complicadas em relação ao investimento em universidades públicas. E às minhas professoras de terapia ocupacional da UNIFESP, por desde a graduação incentivarem um caminho na pós graduação stricto sensu.

Aos agentes comunitários de saúde pela participação e sinceridade.

À Prefeitura de Itapevi por me autorizar a estudar seu território e contribuir para a melhor qualidade das práticas em saúde pública através do olhar científico.

Ao meu coordenador, por acreditar que o estudo de seus profissionais leva para os equipamentos de saúde, práticas melhores e mais efetivas.

À melhor equipe que eu poderia fazer parte, equipe do CAPS II Espaço Conviver, agradeço pelo apoio incrível, amizade e escuta.

E agradeço à minha orientadora, que mesmo dizendo só fazer a sua obrigação, pode me orientar, acompanhar, aconselhar, escutar e ajudar a transpor as barreiras do processo de pesquisa e do processo da vida.

EPÍGRAFE

“Não há nada que seja maior evidência de insanidade do que fazer a mesma coisa dia após dia e esperar resultados diferentes”.

Albert Einstein

RESUMO

TANIGUCHI, T.G. (Des)enCAPSulando: os agentes comunitários de saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental. 2018. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Introdução: A reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização objetivam um tratamento em saúde mental de base territorial. Alinhados a uma proposta de saúde baseada na descentralização, temos no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem no Agente Comunitário de Saúde (ACS), o profissional mais próximo do território, casa e rotina destes usuários. **Objetivo:** identificar aspectos que influenciam o atendimento de pessoas com transtornos mentais pelos Agentes Comunitários de Saúde, a partir de suas experiências. **Métodos:** Foram realizadas 4 sessões de grupos focais com o total de 27 ACS de 4 Unidade Saúde da Família (USF) diferentes. Um roteiro semi estruturado norteou as discussões que tiveram seus áudios gravados, transcritos, categorizados por temas e analisados através da metodologia de análise de conteúdo, proposta por Bardin. **Resultados:** Foram identificadas sete categorias temáticas: articulação e construção da rede; acolhimento, acompanhamento e orientação dos pacientes; educação permanente; respaldo, reconhecimento e estrutura; medo; visão antimedamentosa; e responsabilidade das famílias. Como aspectos que dificultam o atendimento dos casos de transtorno mental, identificamos um processo falho de cadastramento dos casos, o que facilita a desestabilização do quadro; casos em crise que colocam o ACS em situação de risco; falta de apoio matricial e trabalho em rede. Como aspectos que facilitam o atendimento dos casos de transtorno mental, apareceram a visita compartilhada e educação permanente. Como propostas de enfrentamento, no ambiente da ESF foram propostas: reuniões semanais de equipe; vagas para casos de demanda espontânea; e prontuário da casa, mas com cadastro de cada indivíduo. Também enquadrámos aspectos referentes à integração com outros equipamentos de saúde, como aumentar o número de visitas compartilhadas e implantar o apoio matricial. E por fim, as propostas relacionadas à reunião de rede intersetorial, que iria ao encontro da educação permanente. **Conclusão:** Olhar para o contexto das ações, pensar em inserção social através da reabilitação psicossocial e promover tratamento territorial em saúde mental, continua sendo um desafio. Apesar do distanciamento que ainda existe entre as políticas públicas e as práticas no SUS, as propostas de enfrentamento podem colaborar para a efetivação de um SUS com maior qualidade.

Palavras-chave: saúde mental, transtorno mental, reforma psiquiátrica, estratégia saúde da família, agente comunitário de saúde, centro de atenção psicossocial, sistema único de saúde.

ABSTRACT

TANIGUCHI, T.G. **(Des)enCAPSulando: the community health agents and the care of the person with mental disorder**. 2018. 143 f. Dissertation (Master degree) - Faculty of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2018.

Introduction: Psychiatric reform and deinstitutionalization aim at a spatial-based mental health treatment. In line with a health proposal based on decentralization, we have in Brazil the Sistema Único de Saúde (SUS) and the Family Health Strategy (ESF), which has in the Community Health Agent (ACS) and routine of these users. **Objective:** to identify aspects that influence the care of people with mental disorders by the Community Health Agents, based on their experiences. **Methods:** Four focal group sessions were conducted with a total of 27 ACS from 4 different Family Health Units (FHU). A semi structured script guided the discussions that had their audios recorded, transcribed, categorized by themes and analyzed through the methodology of content analysis, proposed by Bardin. **Results:** Seven thematic categories were identified: articulation and network construction; patient care, follow-up and orientation; permanent education; support, recognition and structure; fear; anti-drug vision; and family responsibility. As aspects that make difficult the attendance of the cases of mental disorder, we identified a failed process of registration of the cases, which facilitates the destabilization of the picture; cases in crisis that put the ACS at risk; lack of matrix support and networking. As aspects that facilitate the attendance of the cases of mental disorder, appeared the shared visit and permanent education. As proposals for confrontation, in the environment of the ESF were proposed: weekly team meetings; vacancies for cases of spontaneous demand; and records of the house, but with the registration of each individual. We also integrate aspects related to integration with other health equipment, such as increasing the number of shared visits and implementing matrix support. And finally, the proposals related to the intersectoral network meeting, which would meet the permanent education. **Conclusion:** Looking at the context of actions, thinking about social insertion through psychosocial rehabilitation and promoting territorial treatment in mental health, remains a challenge. Despite the distance that still exists between public policies and practices in SUS, the proposals for coping can contribute to the implementation of a higher quality SUS.

Key words: mental health, mental disorder, psychiatric reform, family health strategy, community health agent, psychosocial care center, single health system.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 13

2. INTRODUÇÃO

2.1	PANORAMA SOBRE A REFORMA PSQUIÁTRICA MUNDIAL.....	16
2.1.1	COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	18
2.1.2	ANTIPSIQUIATRIA.....	18
2.1.3	PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL.....	19
2.1.4	PSIQUIATRIA DE SETOR.....	19
2.1.5	PSIQUIATRIA PREVENTIVA OU COMUNITÁRIA.....	20
2.1.6	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	21
2.2	PANORAMA SOBRE A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	22
2.3	SOBRE O SUS.....	26
2.4	SOBRE O ESF.....	29
2.5	O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	31
2.6	O TERRITÓRIO.....	35
2.7	DESENCAPSULANDO: A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, A TERAPIA OCUPACIONAL E A JUSTIFICATIVA DESTE ESTUDO.....	37

3. OBJETIVO 43

4. PROCESSO DE PESQUISA

4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	44
4.2	TEORIA DO GRUPO FOCAL.....	45
4.3	TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	48
4.4	LOCAL DA PESQUISA.....	49
4.5	PARTICIPANTES.....	50
4.6	PROCEDIMENTOS.....	51
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	54

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1	REFLEXÃO SOBRE RESULTADOS.....	56
5.2	CATEGORIA TEMÁTICA 1: ARTICULAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA REDE.....	57
5.3	CATEGORIA TEMÁTICA 2: ACOLHIMENTO, ACOMPANHAMENTO E	

ORIENTAÇÃO DOS PACIENTES.....	74
5.4 CATEGORIA TEMÁTICA 3: EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	87
5.5 CATEGORIA TEMÁTICA 4: RESPALDO, RECONHECIMENTO E ESTRUTURA.....	93
5.6 CATEGORIA TEMÁTICA 5: MEDO.....	99
5.7 CATEGORIA TEMÁTICA 6: VISÃO ANTI MEDICAMENTOSA.....	106
5.8 CATEGORIA TEMÁTICA 7: RESPONSABILIDADE DAS FAMÍLIAS.....	109

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
--------------------------------	------------

7. REFERÊNCIAS	117
-----------------------	------------

8. ANEXOS/APÊNDICES

APÊNDICE A.....	132
APÊNDICE B.....	134
APÊNDICE C.....	135
ANEXO A.....	136
ANEXO B.....	139
ANEXO C.....	140
CURRÍCULO LATTES.....	142

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSP	Faculdade de Saúde Pública
G.O.	Ginecologista e Obstetra
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de saúde
PNAB	Política nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização

PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RET-SUS	Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS
SGTES	Secretaria de Gestão de Trabalho e Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

1. APRESENTAÇÃO

Sou Talita Gomes Taniguchi.

Terapeuta Ocupacional, graduada em 2011 pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), ainda durante o curso universitário tive a satisfação em ser aprovada no concurso público da Prefeitura de Itapevi. Assumi o cargo no dia seguinte à colação de grau oficial e recebimento do certificado de conclusão do curso. Feliz com o rápido ingresso no mercado de trabalho, desde fevereiro de 2012 atuo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atendendo pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

A prática clínica me motivou a continuar estudando, sendo que de 2013 a 2014, cursei a especialização em Psicopatologia e Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP / USP). Em 2015 comecei a participar do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC), locado no atual Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP / USP). Nas reuniões do LASAMEC, por vezes eu identificava que me faltava repertório metodológico para acompanhar os temas discutidos. Motivei-me a ingressar no mestrado, mas na ânsia de não ficar sem estudar, pleiteei também uma vaga na especialização de Gestão de Redes de Atenção à Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Fiquei surpresa quando fui aprovada em ambos os processos seletivos.

Priorizando o mestrado, tentei não cursar a especialização naquele momento, mas fui informada que não chamariam outra pessoa para a minha vaga e que haveria um desperdício do dinheiro público. Com isso, fui convencida a conciliar especialização, mestrado, trabalho e mais tudo de minha vida pessoal, que não estava nada tranquila. Concluí esta especialização no fim de 2017 e lhes apresento agora, minha dissertação de mestrado.

Este estudo foi motivado por uma inquietação de minha prática de trabalho no CAPS.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de

vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. [...] É função do CAPS promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território”. (BRASIL, 2004 p.13)

Ao realizar o tratamento no CAPS, os usuários ficam mais autônomos e independentes. Há um trabalho dos profissionais deste serviço em estimular atividades no território, principalmente as esportivas e culturais. A partir desta prática, pesquisei na literatura científica o que já havia sido estudado. Nesta busca, usei como critério as palavras “CAPS” e “território” como pertencentes ao resumo dos estudos. A maioria dos achados descrevem ações do CAPS em conjunto com a Estratégia Saúde da Família. Tal fato gerou satisfação ao mostrar que o CAPS em que atuo estava realizando ações territoriais intersetoriais, o que a princípio, pareceu ser de maior complexidade por transpor a área da saúde.

Ao mesmo tempo, percebi que os funcionários do CAPS faziam um processo de alta cuidada, com contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência dos usuários, onde eles dão continuidade às consultas com a psiquiatria. Mas, não é realizado o contato com a ESF.

Uma segunda inquietação veio como consequência do retorno dos usuários ao CAPS. Usuários que estavam estabilizados e tinham tido alta, após algum tempo desestabilizavam e retornavam ao CAPS. Geralmente, estes relatavam ter perdido consultas, ter tido dificuldade para agendar os retornos, ou desregulado o uso da medicação. Enquanto eles estavam no CAPS e no agendamento da primeira consulta na UBS, os técnicos gerenciaram o cuidado, mas depois disso, o usuário ficou sem esta retaguarda.

As altas que não se sustentaram, ou não foram sustentadas, remeteram-me a pensar que na continuidade do acompanhamento após a alta, o ACS do usuário, por ser o profissional que o vê e acompanha com uma frequência no mínimo mensal, poderia gerenciar este cuidado. O CAPS estava tendo ações intersetoriais, mas não estava tendo ações articuladas

internas à própria saúde, para a continuidade de tratamento em unidade descentralizada, como preconiza o SUS e a Reforma Psiquiátrica.

Na inexistência de articulação entre CAPS e ESF, pensou-se em uma estrutura de pesquisa que desse voz ao ACS para saber quais aspectos influenciam o atendimento dos casos de transtorno mental nos territórios. Esta estrutura, que parte das falas espontâneas dos ACS sobre casos de saúde mental, e não a partir da discussão de casos de alta do CAPS, deu-se desta forma para o contato não ocorrer de forma verticalizada, o que poderia parecer uma cobrança sobre a falta de acompanhamento da ESF aos casos de alta do CAPS.

É importante perceber o quanto atual é pensar em modelos que sustentam o tratamento em liberdade da pessoa com transtorno mental. Essa discussão não seria possível sem descrever um breve histórico da Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária, diretrizes do Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família e o profissional que está mais próximo do território dos sujeitos, o Agente Comunitário de Saúde.

2. INTRODUÇÃO

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder. Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver”

Martin Luther King

Neste capítulo introdutório serão apresentados panoramas históricos sobre tratamentos de pessoas com transtornos mentais e sistema de saúde público brasileiro, assim como conceitos e teorias que permitirão fundamentar, nortear, problematizar e justificar o estudo apresentado nesta dissertação.

2.1 PANORAMA SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA MUNDIAL

Ao longo da história da humanidade, o conceito de doença e seus respectivos tratamentos foram sofrendo mudanças. Durante a Idade Média, pessoas com lepra (hanseníase) eram enviadas para os “leprosários”, instituições de tratamento afastadas e marginalizadas da sociedade. A identificação do leproso era feita por denúncias de vizinhos, parentes e cônjuges à autoridade e líderes religiosos. Por falta de conhecimento específico da doença, esta era confundida com outras enfermidades e doenças venéreas, carregando em si a marca do pecado e promiscuidade. Por isso, essas pessoas eram afastadas da sociedade, sendo encaminhadas para os leprosários, que atingiram seu apogeu no final do século XI. Dos séculos XIII a XV, fim da Idade Média, a lepra foi desaparecendo e esses espaços de confinamento foram ficando vazios.

A partir do século XV, estas instituições foram tendo outras utilidades, como “casas de correção para jovens” (antigos presídios), instituições para pobres, incuráveis, e loucos. Elas “hospedavam”, e por isso eram chamadas de “hospitais”, todos que deveriam ser afastados da sociedade. No século XVII os hospitais abrigam juntamente os doentes mentais e marginalizados de outras espécies. Entre os muros do internamento encontrávamos doentes, devassos, pretensas feiticeiras, alquimistas, leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos, libertinos, e também, os loucos/ insanos. Ou seja, tudo que simbolizava ameaças à lei e ordem

social. (FOUCAULT, 1972; AMARANTE, 1995) As pessoas com transtornos mentais não eram vistas como doentes e o enclausuramento não tinha função terapêutica.

No século XIX, a loucura rompeu explicações mitológicas, teológicas, demonistas e passou a ser explicada através de uma teoria médica. A psiquiatria se instituiu como disciplina médica e a loucura foi enquadrada como doença. Philippe Pinel (1745-1826), médico francês e considerado o pai da psiquiatria, inspirado pelas ideias de liberdade, igualdade e fraternidade da Revolução Francesa (1789-1799), libertou os loucos das correntes. Segundo Castel (1978), para Pinel a doença era estabelecida como um problema de ordem moral e o isolamento era fundamental para observar os sintomas, descrevê-los e classificá-los.

A loucura seria o excesso, o desvio, a imoralidade, o que poderia ser corrigido através da mudança de hábitos e costumes. As pessoas eram submetidas ao “tratamento moral”. Neste contexto, o manicômio era visto como essencial, pois nele, por meio do isolamento e mudanças de costumes, a imoralidade seria tratada. O hospital deixou de ser uma hospedagem, e foi transformado em instituição medicalizada e disciplinante (FOUCAULT, 1977). Também chamado de asilo, para Pinel e Esquirol, o hospital psiquiátrico deveria ser um espaço cientificamente ordenado para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina. Somente depois de tratado, o “alienado” poderia ser considerado cidadão, homem livre, pleno de direitos e deveres (AMARANTE, 2009).

Até aqui, vimos que durante séculos, pessoas com transtornos mentais, foram retiradas de suas casas e territórios e enviadas para hospitais psiquiátricos/ instituições de saúde em modelo asilar, sendo segregadas e marginalizadas da sociedade. Nestas instituições, perdiam liberdade, dignidade, e sofriam com tratamentos desumanizados e violentos.

No século XX, em diferentes locais e contextos, foi havendo críticas a este modelo tradicional da psiquiatria, o que resultou em diferentes movimentos a favor de uma reforma psiquiátrica. Para Birman e Costa (1994) os campos teóricos assistenciais da psiquiatria são redimensionados em dois grandes períodos. O primeiro, pela crítica à organização interna da estrutura asilar, no qual podemos citar o movimento das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA), Psicoterapia Institucional (França) e Terapias de Família. O segundo período, crítica à própria instituição asilar, expande a psiquiatria para o espaço público e tem o objetivo de prevenir e promover a saúde mental. Neste, podemos citar a psiquiatria de setor

(França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA). Por fim, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana rompem com o dispositivo médico-psiquiátrico.

2.1.1 COMUNIDADE TERAPÊUTICA

A experiência da comunidade terapêutica ocorreu na Inglaterra após o fim da segunda guerra mundial, que durou de 1939 a 1945. A partir de 1946, a atenção da sociedade se voltou para estas instituições, que remetiam suas memórias aos campos de concentração, violência e desrespeito aos direitos humanos.

Comunidade terapêutica se refere a uma série de experiências realizadas em hospitais psiquiátricos que tinham como objetivo a transformação da dinâmica institucional. O termo está vinculado a processos de reformas institucionais, medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas. Os internos eram separados em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, que tinham como objetivo envolver não somente os técnicos e internos na função terapêutica, mas também os familiares e pessoas da comunidade. Através de reuniões e assembleias, era possível participar da administração do hospital (AMARANTE,1995).

A comunidade terapêutica inaugurou uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade. Não resolveu o problema da exclusão, mas gerou mudanças importante no espaço asilar (ROTELLI,1994), por transformar a estrutura segregadora e cronificante, em uma organização social democrática e igualitária.

2.1.2 ANTIPSIQUIATRIA

A antipsiquiatria surge na Inglaterra, nos anos 60, em meio a movimentos underground da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo e movimento hippie). Ela procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o saber médico da explicação / compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge assim um novo projeto de comunidade terapêutica, organizada a partir de perspectivas diferentes da médica (AMARANTE,1995). A antipsiquiatria vê a loucura como

fato social, político, familiar; busca um diálogo entre razão e loucura, enxergando-a não como algo interno ao indivíduo, mas na relação entre indivíduos.

2.1.3 PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL

Durante a segunda guerra mundial, o psiquiatra catalão, refugiado do regime franquista, desenvolveu em Paris, uma experiência semelhante ao coletivo terapêutico que buscava transformações no ambiente hospitalar. Segundo Vertzman et al.(1992), o termo “psicoterapia institucional” foi cunhado em 1952 por Daumezon e Koechlin, para designar práticas desenvolvidas a partir desta experiência de Tosquelles.

Tosquelles seguia referências da terapêutica ativa do psiquiatra alemão Herman Simon, e via o hospital psiquiátrico como instrumento de cura, como os psiquiatras franceses Pinel e Esquirol. Para Tosquelles, o doente poderia ser curado e devolvido à sociedade.

A novidade trazida pela psicoterapia institucional residia no fato de identificar o caráter doentil das instituições. Ou seja, não era só o doente que precisava ser tratado, mas a instituição psiquiátrica, que ainda era um espaço de segregação, e de relações intrainstitucionais verticalizadas e médico centradas. A psicoterapia institucional constitui-se como uma oposição ao modelo hierárquico tradicional, e propõe a horizontalização das relações entre pacientes e técnicos de diferentes categorias.

2.1.4 PSIQUIATRIA DE SETOR

No fim da década de 1940, nos Estados Unidos surgiu uma política centrada em serviços comunitários de saúde mental, que tinha como características a continuidade de cuidados, facilidade de acesso, controle e implicação da comunidade, e a responsabilidade especificamente geográfica (ALVES, 2011).

Na mesma época, o psiquiatra francês, Lucien Bonnafé (1912-2003), denunciou repetidamente a morte de 40.000 doentes mentais, exterminados em hospitais psiquiátricos por fome e frio (CAIRE, 2008). A psiquiatria de setor contesta a psiquiatria asilar, considerando que essa última não seria capaz de desempenhar uma ação terapêutica, visto o caráter alienante da estrutura hospitalar .

Surge, assim, a ideia de *setor*. “Levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se de uma terapia in situ: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento” (FLEMING, 1976 p.54). Consiste em transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento dos doentes mentais, antigamente exclusividade do hospital psiquiátrico (CASTEL, 1980). A proposta seria então a de implicar a comunidade, iniciativa importante à inserção social, com a prerrogativa de atendimento que não prescindia do hospital psiquiátrico, porém, vislumbrava o tratamento além dele (SIQUEIRA-SILVA et al. 2013).

Os objetivos da psiquiatria de setor são prestar assistência precoce aos doentes mentais, apoiar os doentes crônicos com respaldo médico e social, evitar a hospitalização e consequente desadaptação provocada pelo afastamento do doente em relação ao seu meio (ALVES, 2011).

Com a oficialização desta política, o território francês passou a ser dividido em setores, com população de até setenta mil habitantes. Cada equipe multiprofissional foi constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais que tem funções de prevenção, tratamento e acompanhamento pós internação dos doentes mentais (AMARANTE, 1995).

2.1.5 PSIQUIATRIA PREVENTIVA OU COMUNITÁRIA

A psiquiatria preventiva ou comunitária traz características importantes da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa, pelo fato de procurar intervir nas causas e surgimento de doenças mentais, almejando não apenas a prevenção das mesmas, mas, a promoção de saúde mental. Ela surge nos Estados Unidos, a partir dos anos 1950, em um contexto crítico marcado pelos anos da Guerra do Vietnã, uso crescente de substâncias psicoativas por jovens, violência crescente das gangues urbanas, conflitos culturais, políticos, étnicos e sociais. Em 1963 o presidente Kennedy, assinou um decreto e realizou um discurso que redirecionou o objetivo da psiquiatria, para a redução da doença mental nas comunidades (VERAS et al. 1977).

Neste contexto, em que a doença mental passa a ser vista como a doença da soma e não só do psiquismo, a psiquiatria foi obrigada a buscar teorias em disciplinas não médicas para a sua

nova prática (COSTA,1989). Com a absorção de conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista, o indivíduo é redefinido enquanto unidade bio-psico-social, um todo indivisível (AMARANTE,1995).

2.1.6 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Já vimos que a partir da segunda guerra mundial, alguns movimentos, com diferentes intensidades, buscam uma ressignificação da psiquiatria e uma transformação do modelo asilar tradicional. Na Inglaterra temos a proposta das Comunidades Terapêuticas e o movimento das Psicoterapias de Grupo, na França o movimento de Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA e na Itália o Movimento de Desinstitucionalização (AMARANTE, 1999).

Nos anos 1960 o psiquiatra italiano Franco Basaglia, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, e iniciou um trabalho de humanização e transformação de práticas, a fim de melhorar a qualidade do tratamento e da estrutura física. Motivado por ideias dos movimentos já citados anteriormente, e por ideias do filósofo francês Michel Foucault, enfrentando as péssimas condições dos hospitais, e avaliando os prejuízos que a institucionalização causava aos doentes, foi percebendo que não bastariam mudanças internas, sendo necessárias mudanças na sociedade e no modelo de atenção à loucura.

A experiência da psiquiatria democrática italiana confronta o modelo do hospital psiquiátrico, assim como o modelo de comunidade terapêutica inglês e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade (BARROS,1994).

A partir de 1970, quando Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, foi iniciado o processo de fechamento do mesmo. Ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários com funcionamento vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento").

O termo “desinstitucionalizar” surgiu nos Estados Unidos, no contexto da psiquiatria preventivista, mas está ligado à desospitalização. Para Nicácio (1990), desinstitucionalizar não se restringe a desospitalizar. Desospitalizar se restringe à extinção de organizações hospitalares manicomiais. Desinstitucionalizar significa entender a instituição no seu sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos.

No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia.

Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada “Lei 180”, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, também conhecida popularmente como “Lei Basaglia” (AMARANTE, 1999).

A experiência de Basaglia mostrou uma nova forma de atendimento em saúde mental, através não somente do fechamento do manicômio, mas da criação de uma rede de serviços para atender de forma humanizada, pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Assim, a desinstitucionalização teve grande influência em outros lugares do mundo, inclusive no Brasil.

2.2 PANORAMA SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Neste capítulo faremos um panorama com os principais marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, Hospital Dom Pedro II, foi inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. As condições miseráveis vividas pelos pacientes internados, infelizmente, eram semelhantes às de outros hospitais psiquiátricos do mundo. Além disso, havia muitos manicômios particulares, que eram fonte de grandes lucros, e não tinham a preocupação com a boa evolução e alta dos internados.

(Foto: Pedro Sprejer Disponível em:
http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMRTIVO=45&impressao, acessado em: 03/12/16)

“Para economizar espaço, as camas foram substituídas por capim. Crianças viviam presas em berços. Cadáveres jaziam pelos cantos; fezes e urina inundavam os corredores e ratos circulavam livres. Ninguém foi punido. São tantos os responsáveis que eu não sei nem como isso aconteceria. O estado foi responsável, a sociedade foi responsável, as famílias foram responsáveis também. Foi uma omissão coletiva que se repetiu ao longo de décadas. Em um rol interminável de atrocidades, bebês arrancados de suas mães desapareciam, pessoas eram trancafiadas por anos, pacientes morriam como cobaias em “aulas de eletrochoques” para enfermeiros em treinamento, seres humanos completamente desumanizados padeciam de fome, sede, doença, tortura, frio, desespero. Conta-se que, às vezes, a rede elétrica não aguentava a carga de choques dada em uma noite. Medicamentos eram aplicados indiscriminadamente e as lobotomias eram um recurso comum. Em cinco décadas, mais de 18 corpos foram vendidos para 17 faculdades de medicina do país sem autorização dos familiares — um corpo chegava a valer o equivalente a R\$364” (ARBEX, 2013 p. 19).

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergiram críticas à ineficiência da assistência pública em saúde, ao caráter privatista da política de saúde do governo central, e denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços. Além disso, o que foi mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias de abandono, violência e maus tratos a que eram submetidos os pacientes

internados nos muitos e grandes hospícios do país. Nesta época, não criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios. Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que combinava reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário (TENÓRIO, 2002). Em 1979, o MTSM promoveu um evento em que estiveram presentes Franco Basaglia e Robert Castel. As denúncias de violência nos hospitais, alguns visitados por Basaglia, e o desrespeito aos direitos humanos, provocaram grande impacto. Baseando-se na reforma psiquiátrica italiana, o MTSM alcançou grande repercussão e fez avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial. (KYRILLOS NETO, 2003)

No final dos anos 1980, diferentes eventos marcaram discussões importantes sobre o cuidado em saúde. A VIII Conferência Nacional em Saúde debateu sobre a participação popular nas políticas de saúde, a I Conferência Nacional de Saúde mental, sobre reorganização da assistência, legislação, economia e saúde mental da população, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ficou conhecido como Congresso de Bauru-SP, e pela frase “Por uma Sociedade sem Manicômios”, impulsionou a implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental no Brasil (MELO, 2012).

Foi iniciado um processo de pressão para a redução e não criação de novos leitos psiquiátricos, em conjunto com a expansão da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais em saúde. O movimento foi incorporando avanços nos seus objetivos estratégicos, e nasceu o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) que partiu do princípio que o termo manicomial não dizia respeito unicamente à instituição *Hospital Psiquiátrico*, mas ao próprio funcionamento social que sustentava esse tipo de instituição, assim como relações de exclusão e estigma. A promoção da cidadania ganhou lugar central no movimento. As ações visaram, e atualmente ainda visam, a desconstrução de um modelo caracterizado como hospitalocêntrico e manicomial, e a substituição por um modelo de cuidado pautado no território com outros tipos de equipamentos (KODA, 2002; VASCONCELOS, 2008; AMARANTE, 1999; 2003).

O processo de transformação das práticas no âmbito da saúde mental, assim como a efetivação dos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial implicaram mudanças em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção. Buscou-se não só constituir novas práticas no campo da assistência à saúde mental como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado

à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que, ainda hoje, estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais (KODA; FERNANDES, 2007).

Em 1989, por iniciativa da secretaria municipal de Santos- SP, houve a intervenção e desmonte da Casa de Saúde Anchieta, primeiro hospital psiquiátrico a ser fechado no Brasil (DELFINI, 2010). Neste mesmo ano, entrou em tramitação o projeto de lei 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, que visava proibir a construção ou contratação de novos leitos psiquiátricos pelo poder público e previa o redirecionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não manicomiais” (KYRILLOS NETO, 2003). Em 1990, a Declaração de Caracas, documento assinado por países latino americanos, enfatizava a necessidade de reverter o modelo de assistência, garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e propiciar permanência em meio comunitário. Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental discutiu a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil (DELFINI, 2010; BRASIL, 1994; OMS/OPAS; 1990). Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em março de 2001 o projeto de lei 3.657/89 foi aprovado transformando-se na lei 10.216 (KYRILLOS NETO, 2003; BRASIL, 2004a).

Com o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos e pensando na continuidade do tratamento em saúde mental de uma forma mais humana, preconizando a desinstitucionalização, reinserção social e reabilitação psicossocial, surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um equipamento de saúde com papel protagonista neste processo.

O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo (RIBEIRO, 2004).

O CAPS é por definição um serviço aberto, de base comunitária e territorial, articulador estratégico da rede de atenção à saúde mental. Baseado numa acepção de território para além de área geográfica tem como função ser um substitutivo às internações nos hospitais psiquiátricos ao prestar atendimento clínico diário, promover a inclusão social das pessoas acometidas por transtornos mentais, dar suporte à rede básica nas ações em saúde mental, entre outras atribuições (BRASIL, 2004).

Os CAPS são – ou devem ser – os serviços que ordenam a rede. Dessa forma, pode-se entender que a rede deve se constituir a partir dos CAPS, que ocuparão assim um lugar central

(MARQUÊS, 2013). É importante que os profissionais atuantes no CAPS busquem outros cenários cotidianos do usuário, isto é, fora do âmbito da instituição de saúde mental (ZERBETTO et al., 2011).

2.3 SOBRE O SUS

De 1500 a 1800, enquanto o Brasil era Colônia de Portugal, riquezas eram extraídas e não havia política para organização de um Estado. Os cuidados em saúde eram realizados pelas famílias e instituições de caridade filantrópicas e religiosas. Em 1808, com a vinda da família real para o Brasil, houve uma organização mínima do espaço social para garantir a sustentabilidade política e econômica da Coroa. Foi fundada a primeira faculdade de medicina, em Salvador, e as primeiras ações de saúde pública aconteceram, com duas instâncias que fiscalizavam o exercício da medicina e os navios, para impedir a chegada de novas doenças.

A partir de 1889, com a Proclamação da República, economia da burguesia cafeeira, incentivo à imigração e à exportação, foram implementadas ações para controle de epidemias, vacinação obrigatória e saneamento urbano, uma vez que as péssimas condições de higiene e saúde afetavam as exportações. A saúde, ou a falta dela, era vista como problema, mas não como um direito.

A partir de 1910 começaram as manifestações operárias urbanas que reivindicavam políticas que garantissem o mínimo de proteção social aos trabalhadores. Em 1923, os empregados de empresas e suas respectivas famílias passaram a ter um seguro social, nomeado de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), com socorro médico, medicamentos, aposentadoria e pensões. O direito à saúde era garantido à condição de segurado.

De 1930 a 1945, durante o governo centralizador e autoritário de Getúlio Vargas, ocorreram mudanças administrativas que incluíram a intervenção estatal na economia, criação de Ministérios, e a criação de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que agrupavam os trabalhadores por grandes categorias profissionais, por exemplo os comerciários e marítimos. Trabalhadores de funções não reconhecidas pelo Estado, como os liberais e rurais, ficavam excluídos do sistema de proteção.

O período de 1945 a 1963, após segunda guerra mundial, foi marcado pela industrialização e democratização da política brasileira. Em 1947 o Plano Salte foi apresentado ao Congresso. A sigla Salte representava os quatro setores prioritários para investimentos governamentais: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Havia uma meta de investimentos de 13% dos recursos do tesouro para a saúde, previsto para o período de 1950 a 1954, mas o projeto foi abandonado em 1951, antes de alcançar seus objetivos.

Entre 1955 e 1963, no Brasil, emergiram discussões como a proposta do sanitário desenvolvimentista caracterizado por críticas ao modelo de saúde desigual e dual entre saúde pública e previdenciária. Para eles, a saúde dependia do desenvolvimento econômico e social do país. Nessa época, já havia sido divulgada pela OMS, em 1948, a definição de saúde como completo bem estar físico, mental e social. Em 1960 surge no Brasil, a medicina preventiva e comunitária. Neste contexto, promover saúde, significava promover também, condições dignas de moradia, educação e atendimento integral à saúde.

Em 1964 ocorreu o golpe militar. Em 1966 os IAPs são unificados e assim foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foram criados novos mecanismos de financiamento que favoreceram o grande desenvolvimento de empresas médicas e lucros com leitos hospitalares. Em 1968 a medicina de grupo foi fortalecida, e ao contratar um convênio médico para seus funcionários, a empresa deixava de contribuir com o INPS.

Mesmo em meio ao “milagre econômico”, o regime militar fez poucos investimentos em saúde pública como atestam os indicadores de saúde da época e, de maneira mais dramática, a epidemia de meningite nos meados dos anos 1970. Nesse contexto, de crise social e relativa perda de apoio ao regime militar, desenvolvem-se movimentos de base popular, nos centros urbanos, denunciando-se as condições de vida precárias em que vivia a população. Dentre eles, destaca-se o movimento sanitário, que teve como objetivos, a saúde como direito de todos os cidadãos, independente de contribuição; ações integradas em um único sistema; gestão administrativa e financeira descentralizadas; e participação e controle social. Escorel (1988) definiu o movimento sanitário como um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto e o caracterizou por mudanças na prática teórica (a construção do saber), ideológica (a transformação da consciência) e política (a transformação das relações sociais). Para Fleury (1988), este movimento operou uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada e sua ineficiência, e surgiu como nova possibilidade de organização

democrática de um sistema de saúde administrado com base na racionalidade do planejamento, e capaz de responder às demandas prevalentes.

A produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitiu apontar a emergência de um paradigma, ou seja, um conjunto de noções, representações e crenças, que se tornam um referencial para a ação relativamente compartilhada por um determinado segmento de sujeitos sociais. Este paradigma alternativo em Saúde Coletiva foi centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. Houve o entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não poderiam ser explicadas exclusivamente nas dimensões biológica e ecológica, sendo também fenômenos determinados social e historicamente (PAIM, 1992). A reforma sanitária idealizou assim, a transformação da assistência à saúde, mas também uma revisão do modo burocrático e com poder centralizado de operar o Estado, tendo intenção democrática.

Em 1975 surgiu o primeiro Sistema Nacional de Saúde (SNS), com ações nos três níveis de governo. Em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado e passou a coordenar ações de saúde médico assistenciais da previdência social.

Na década de 1980, foi iniciado um clima de redemocratização. Nesta época, o movimento da reforma sanitária propôs a expansão da assistência médica da previdência. A saúde começou a ser apontada como área gastadora e geradora de crise na previdência. Com o atendimento à saúde ainda restrito aos previdenciários, os conservadores visavam a racionalização dos gastos, permanência do INAMPS para os previdenciários e Ministério da Saúde para a saúde coletiva. Já os reformistas buscavam a universalização e integração dos sistemas.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco histórico para a política de saúde, pois pela primeira vez, houve a participação de técnicos e pessoas da comunidade. Diretrizes de universalidade e controle social foram aprovadas, e após a conferência, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que avançou na descentralização da política e do orçamento.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde em 1988, com a Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a promulgação da nova Constituição Brasileira que estabeleceu o lema: “Saúde é direito

de todos e dever do Estado”, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O SUS tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (MS,1991). Iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde e regulamentadora do SUS (CORDEIRO, 1996).

O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, com o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras” (BRASIL, 2004 p.13).

Nesse contexto, verifica-se também uma nova forma de atuar na saúde, com o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

2.4 SOBRE O ESF

Na década de 1990, como estratégia para a promoção da saúde e consolidação da atenção básica como porta de entrada dos sistemas de saúde, foram implantados programas de cuidados em saúde baseados no que foi denominado por Medicina ou Saúde da Família

(CANESQUI; OLIVEIRA, 2002). Neste contexto, apoiados pelo Ministério da Saúde, surgiram programas que refletiram a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não era um atendimento simplificado, pelo contrário, era uma expansão da atenção básica à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (VASCONCELOS, 1999).

Em 1991, o Ministério da Saúde constituiu o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com o objetivo de ter ações de saúde no núcleo familiar, em detrimento das ações voltadas ao indivíduo, introduzindo a noção de área de cobertura por família. O objetivo central do PACS era diminuir a mortalidade infantil e a mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (VIANA; POZ, 2005).

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, justificada pela necessidade de substituição do modelo historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios do SUS, tais como universalidade, equidade, descentralização, hierarquização e integralidade da atenção (BRASIL, 2001). Em 1998 o PSF passa a constituir uma estratégia estruturante do SUS, com implantação gradual em todo o território nacional. Dessa forma, passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2000, a ESF é consolidada através da Criação do Departamento de Atenção Básica.

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, a ESF tem como principais características: a adscrição da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; a estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (BRASIL, 2004; 2005).

O Ministério da Saúde considera a ESF como uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem também o objetivo de reorganizar a prática assistencial, antes centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (MS, 1997). Ou seja, a ESF pensa a Atenção Básica à Saúde com uma abordagem territorial.

Quebrando o paradigma do modo de atenção médico centrada, as pessoas de um determinado território são acompanhadas por uma equipe de ESF, e recebem visitas domiciliares principalmente do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que tem papel protagonista neste modelo de cuidado e nesta pesquisa.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde cadastrados na Estratégia Saúde da Família, exceto o profissional médico que poderá atuar em, no máximo duas (02) equipes, pois poderá ser contratado por 20 ou, até, 30 horas semanais (MS, 2014).

A estratégia aqui é transformar esta relação do profissional de saúde e usuário em algo horizontalizado, o primeiro acompanha e orienta as famílias de forma integral, realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos.

2.5 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Desde o início, a vida profissional do ACS foi cheia de conflitos e incertezas, uma vez que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 e suas atribuições foram definidas somente em 1997, pela Portaria Nº. 1.886 (BRASIL, 1997), que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF. Em seguida, o Decreto Nº. 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS (BRASIL, 1999), mas a regulamentação da profissão só aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei Nº. 10.507 (BRASIL, 2002).

O agente comunitário de saúde (ACS) exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das

famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais (FORTES; SPINETTI, 2004).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), são atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controlar da malária e da dengue. Diante disso, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS (FIGUEIREDO, 2012).

Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe,

...o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012).

O ACS é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da sua comunidade. Estudos identificam que o ACS, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar

com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico (MARTINES; CHAVES, 2007).

Nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, ou primária. Parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde (WHO, 1975).

A ação na Atenção Básica, que deve ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2012).

Em linhas gerais, podem ser identificados, nas descrições acima, os princípios da integralidade da atenção e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, orientadores simultaneamente das ações do Modelo Psicossocial de Cuidado e do PSF (MS, 1997).

A implantação deste modelo encontra desafios e dificuldades. Gama (2011) cita principalmente os relacionados à capacitação do profissional que atua diretamente no território. E completa discorrendo que é importante salientar que o profissional da Saúde Mental não faz parte da equipe mínima do PSF.

Percebe-se, assim, que esses modelos entram em conflito. De um lado, os esforços de consolidação da Política de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na

operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, da capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto ao PSF, além da insipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais. Pode-se supor que um dos principais limitantes dessas ações situa-se ainda na área relativa à clínica da saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Contudo, no campo da saúde mental vários estudos apontam a importância da contribuição do ACS para o enfrentamento do sofrimento e mesmo dos transtornos mentais porque se encontra muito próximo ao usuário em termos de condições de vida, muitas vezes reside no território podendo identificar situações problemáticas e passar informações para a equipe ao mesmo tempo que pode traduzir o linguajar técnico para a população (MS, 2000). Ao mesmo tempo, vivem nestes mesmos territórios e vivenciam os mesmos problemas. Esta proximidade pode ser algo que facilita ou atrapalha a clínica.

Nunes, Jucá e Valentim (2007) relatam que um dos resultados mais significativos da pesquisa foi o fato de constatar a que ponto os profissionais se queixam da quase inexistência de práticas de saúde mental nas USF estudadas. Apesar desse achado, a quase inexistência de práticas de saúde mental é vivida e definida como problemática pelos profissionais de saúde.

Muitas são as razões apontadas para a não-inclusão da saúde mental enquanto campo de atuação nas equipes estudadas, fato que se pode dividir em quatro grupos de causas atribuídas pelos entrevistados: (i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; (ii) a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras.” (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007 p. 2377-2378).

No artigo citado ainda há referências ao fato de que em vários locais e países aonde foram efetuadas reformas psiquiátricas baseadas na desinstitucionalização, há uma grande ênfase na rede de cuidados que apoie a atenção básica, assim como a idéia de que muitas

questões de SM podem ser cuidadas nesse nível. Lembra-se, ainda, a importância do campo da saúde mental apontada desde os anos 1980 pela OMS que também ressaltava a necessidade de rede de cuidados.

Apesar dessa centralidade teórica da ESF e dos ACS para a SM, sua participação não tem sido significativa nos esforços de implantação e desenvolvimento da Política de SM. Nesse estudo considera-se que muitas das dificuldades para a integração da SM à atenção básica e à ESF ancoram-se tanto na falta de formação dos profissionais como na existência de receios e preconceitos para com esse campo da saúde. Se isso pode ser real para profissionais com escolaridade superior, técnica ou média, o mesmo pode se verificar entre os ACS, cuja escolaridade é de nível fundamental. Sendo assim, parece justificável que se desenvolva uma reflexão sobre como os ACS encaram a possibilidade de incorporar a atenção à saúde mental em seu cotidiano de trabalho.

2.6 O TERRITÓRIO

As ações territoriais quando realizadas, permitem um tratamento integral do indivíduo. Na composição de práticas que permitem que a integralidade no trabalho em saúde seja alcançada, Cecílio (2001) propõe duas dimensões: a) A integralidade requer a interação dos vários saberes e esforços de uma equipe multiprofissional; e b) precisa da interlocução dos serviços do território (CECÍLIO, 2001).

Quinderé (et al., 2013) discorre sobre o ganho deste tipo de atendimento. Para ele “o próprio transtorno mental inviabiliza o acesso aos serviços especializados em saúde mental, pois diante de crise de pânico, ansiedade e depressões maiores os usuários têm dificuldade em se locomover a grandes distâncias. Quanto o atendimento se dá na própria comunidade, bairro ou território pode haver mais disponibilidade em acessar o serviço. Desta forma, existe a possibilidade de visita domiciliar conjunta entre a equipe de atenção básica e a equipe de apoio especializado em saúde mental”.

Com isso, o tratamento dessas pessoas passa a acontecer no “território”. Conceito este proveniente da psiquiatria democrática italiana (DELGADO, 1997).

O território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu

quotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. A noção de território aponta, assim, para a ideia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território (TENÓRIO, 2002 p. 55).

Segundo Leão e Barros (2012), de origem latina, o termo deriva de “territorium”, junção dos termos “terri”, que significa “terra”, e “torium”, que significa “pertence a”, ou seja “terra pertencente a”.

Segundo Delgado (1999), a acepção de território da Psiquiatria Democrática Italiana designa o extra-institucional, marcado por limites geográficos, culturais e sócio econômicos. O território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.

Para Zourabichivili (2004), “inspirado antes na etologia do que na política, o conceito de território decerte implica o espaço, mas não consiste na delimitação objetiva de um lugar geográfico. O valor de território é existencial: ele circunscreve, para cada um, o campo do familiar e do vinculante, marca as distâncias em relação a outrem e protege do caos”.

Para Araújo (2006), “o território é a instância de garante o mínimo de constância à vida”, não sendo “dado como forma pronta e organizada e sim advindo de uma instância autoconstrutiva”. O território seria a passagem do caos a alguma ordem, sendo essa passagem produzida “por uma função autoconstrutiva, autocriativa, autoprodutiva ou maquínica”. O caráter auto da produção de territórios evidencia a inseparabilidade entre sujeito e objeto, pois assim entendidos, estes são “partes conseqüentes do próprio processo de constituição”. O território é, então, uma zona de domínio, é o meio tornado expressivo, já que é autoconstruído. Para Zourabichivili (2004), o território é uma “marca constituinte de um domínio, de uma permanência, não de um sujeito”.

O território é “base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi” (SANTOS, 2001 p.96), e meio de inclusão/exclusão, de inscrição de uma identidade social (CLAVAL,1999). Dito de outro modo, é “[...], uma prática social historicizada que se constitui em simultaneidade com a identidade coletiva dos sujeitos sociais” (SOARES, 2006).

O eixo do território, compreendido enquanto espaço político, heterogêneo e aglutinador de processos físicos e imateriais, redes, rugosidades, tempo, emoções, intencionalidades, disputas, paisagens e história em pulsante transformação, deve orientar o olhar das diferentes disciplinas para com os sujeitos em sofrimento mental e suas idiossincrasias (JIMENEZ, 2011).

2.7 DESENCAPSULANDO: A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, A TERAPIA OCUPACIONAL E A JUSTIFICATIVA DESTE ESTUDO

Vimos até aqui panoramas históricos e definições da atenção à saúde. Podemos perceber que tanto na Reforma Psiquiátrica, como na Reforma Sanitária, foi preconizado o indivíduo como sujeito biopsicossocial, e ações -preventivas, curativas ou paliativas- descentralizadas e que fizessem parte do contexto e território da própria pessoa. Também vimos amplas definições de território, que o mostra como essencial no processo de saúde e doença.

Para que pessoas com transtorno mental tenham o direito a um tratamento menos excludente, nos últimos tempos foram desenvolvidas estratégias sociais, políticas e culturais que assegurassem a eles um lugar de cidadão. No Brasil, isto vem acontecendo principalmente através do modelo ou Reabilitação Psicossocial, corrente teórica que embasa as discussões deste estudo.

Para Costa-Rosa (2000), o modelo psicossocial é situado em contradição com o modelo antigo, asilar, em quatro parâmetros principais: na definição de “seu objeto” e dos “meios” teórico-técnicos de intervenção, nas formas da organização dos dispositivos institucionais, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

Segundo a Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial (WHO, 1999), esta é um processo que facilita a oportunidade para indivíduos - que são prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental - alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Isso implica ambos os indivíduos - profissionais e usuários - melhorando competências e introduzindo mudanças ambientais para criar uma vida com a

melhor qualidade possível para pessoas que experimentaram uma desordem mental ou têm uma deterioração mental que produz certo grau de inaptidão (WHO, 1999).

A reabilitação psicossocial tem em Saraceno (1996) um de seus principais representantes. Para ele, esta se destina a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental. Assim, reabilitação psicossocial passa a ser entendida a partir da idéia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social (SARACENO, 1996).

Tal noção de reabilitação se baseia em importante distinção terminológica proposta pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, "Doença ou Distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais); Dano ou Hipofunção (dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica); Desabilitação (limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções); Deficiência (desvantagem, consequência de uma hipofunção e/ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito)" (SARACENO, 2001).

Para Pitta (1996) a reabilitação psicossocial é um "processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade" (PITTA, 1996 p.19). Na recuperação do conceito de reabilitação, Pitta cita versão estabelecida em 1985 pela International Association of Psychosocial Rehabilitation que se apresenta como o "processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. (...) O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo" (PITTA, 1996, p. 19). Para Liberman (1993), reabilitar é melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível.

Para Kinoshita (1996) reabilitar é um

“...processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. (...) Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas

situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência” (p. 56-7).

A Terapia Ocupacional surgiu no contexto da reabilitação. A importância da ocupação como processo terapêutico já era descrita em 2600 antes de Cristo, quando chineses consideravam que a doença resultava da inatividade física e utilizavam o treino físico como terapia. Em 2000 antes de Cristo, egípcios utilizavam templos onde pessoas melancólicas eram tratadas com jogos e ocupações agradáveis. Em 600 antes de Cristo na Grécia, diziam que Asclepius, o deus da cura, utilizava cantigas, músicas e dramatizações para acalmar os delírios. Em 30 depois de Cristo, em Roma, era defendida a utilização de música para tratar agitação mental. Em 220 depois de Cristo, Hipócrates enfatizava a ligação entre o físico e a mente e recomendava a luta greco-romana, a equitação, o trabalho e os exercícios vigorosos. Séculos mais tarde, por volta de 1800, Pinel após libertar os doentes mentais das correntes, ocupou-os com variadas tarefas dentro do hospital, como jardinagem e recuperação dos espaços. (CREFITO, 2018)

O primeiro curso de Terapia Ocupacional foi criado em 1915 em Chicago, Estados Unidos. Em 1920 Herman Simon constatou benefícios na evolução dos internados ao fazerem atividades, que chamava de Terapia Ativa ou Terapia Ocupacional. Entre 1929 e 1930, Sullivan transformou o enfoque terapêutico do individual para a integração dos pacientes em grupos. Em 1940, Menninger contribuiu com o tratamento de doentes mentais em pequenos grupos, onde problemas e soluções eram debatidos e compartilhados para facilitar a ressocialização. As ações que surgiram destas práticas foram consideradas fundamentais para o surgimento da comunidade terapêutica e também da psicoterapia institucional francesa.

Ainda no contexto da reabilitação, foi no período pós guerra que a Terapia Ocupacional teve destaque e grande atuação na área psiquiátrica e física junto aos multilados de guerra. No Brasil a origem é semelhante, com a chamada praxiterapia e laborterapia em hospitais psiquiátricos e posterior atuação em centros de reabilitação. A primeira formação, ainda técnica com duração de 2 anos, surgiu em 1959, e em 1963 houve a aprovação do currículo mínimo de 3 anos. Somente em 13 de outubro de 1969 a profissão de Terapia Ocupacional foi reconhecida no Brasil como nível superior, com duração da graduação de 4 a 5 anos.

A Terapia Ocupacional é uma profissão de nível superior da saúde, educação e contexto social. Atende pessoas com disfunções físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou

sociais que apresentam temporariamente ou definitivamente dificuldade em realizar atividades que a ocupam no seu cotidiano, ou seja, atividades de sua rotina de autocuidado, lazer ou trabalho. Este profissional realiza promoção, prevenção, tratamento, habilitação, reabilitação e adaptação do fazer humano, visando melhorar a independência e autonomia do sujeito, ou diminuindo seu sofrimento. Em suas diversas áreas de atuação o objeto de intervenção é o fazer humano, a ação humana.

A ação humana, foco da intervenção da Terapia Ocupacional, sempre ocorre em um determinado contexto, levado em consideração pelo olhar holístico destes profissionais. A ação humana em seu próprio contexto, que pode ser interpretado como um modelo de tratamento territorial está em consonância com objetivos da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial.

Inspirados pela Reforma Psiquiátrica e principalmente pela psiquiatria democrática italiana, falamos em desinstitucionalização, ou seja, tirar da instituição. Mas de qual instituição estamos falando? Estamos falando do fechamento dos hospitais psiquiátricos? Pois se nos referimos a tirar as pessoas com transtornos mentais dos hospitais, falaríamos em desospitalizar.

Após séculos de história, felizmente vemos hoje no Brasil a criação de vários CAPS. Os procedimentos realizados nesta instituição são inseridos em uma planilha de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) (Anexo C), que contém, entre outros dados, a opção de registrar se o procedimento foi realizado no CAPS ou no território. A revisão da literatura e a experiência clínica mostram que poucas ações são realizadas no território. Assim, seguindo ainda a atual Reforma Psiquiátrica e o modelo Psicossocial, de qual rede territorial substitutiva estamos falando? Muitas vezes o CAPS funciona sem ter ações de articulação de rede, não realiza atendimentos externos aos muros do CAPS, não promove a independência do sujeito em ir comprar algo na mercearia do bairro em que mora, marcar consulta médica ou odontológica na ESF do seu bairro, estudar ou fazer um curso de artesanato.

E necessário evitar que a prática nos serviços de inspiração basagliana se tornem exclusivamente autoconservadoras. Essa repetição se daria de maneira mais acentuada por meio da distribuição indiscriminada de benefícios para os usuários do serviço, tais como cestas básicas, passes de ônibus, refeições, entre outros. A justificativa para esse fornecimento de benefícios seria o acesso à cidadania e à reinserção social do usuário (KYRILLOS NETO,

2003). Estes benefícios sociais, por si só, não garantem a reinserção social do usuário. Neste sentido, é de extrema importância os atendimentos de terapia ocupacional, para realizar o treino de Atividades de Vida Diária (AVD), atividade privativa desta categoria profissional. Por exemplo, o CAPS serve almoço, mas o que seria necessário para este usuário conseguir preparar o próprio alimento? Ter dinheiro (fruto de trabalho ou benefício social), saber administrá-lo para o mês todo, saber somar, pagar e conferir o troco, circular pelo território até mercado, escolher itens que combinem entre si, utilizar fogão sem se colocar em risco, e ainda lavar, enxugar, e guardar a louça.

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que pretende desmontar a lógica manicomial para remontar o problema. Propõe transformar o modo como as pessoas são tratadas. Dessa forma, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste no fato de que não se pretende enfrentar a etiologia da doença mas, ao contrário, busca-se uma reproposição da solução que reorienta, de maneira global, complexa e concreta, a ação terapêutica como ação de transformação institucional (NETO, 2003).

Se desinstitucionalizar é desmontar a lógica manicomial e transformar instituições, vamos pensar: Uma pessoa egressa de hospital psiquiátrico que passa oito horas de seu dia, sete dias na semana dentro de um CAPS foi desinstitucionalizada? Ou só migrou da instituição hospitalar para a instituição CAPS?

A assistência, da forma como realizada no serviço, muitas vezes se aproxima perigosamente da noção de compaixão. Pessoas com transtornos mentais, excluídos socialmente, são vistos como não tendo condições de gerir sua vida, encontram-se em situação humilhante, e os profissionais do serviço tem como missão salvá-los. Essa posição, apesar de ter incidência positiva junto à opinião pública, transforma os CAPS em serviços cronificantes, com uma grande quantidade de dependentes (NETO, 2003).

Não negamos os avanços no tipo de tratamento e a conquista de liberdade, mas o conceito de desinstitucionalização deve ir além. É preciso lembrar permanentemente das teorias da Reforma Psiquiátrica e Modo Psicossocial para não tornar um equipamento territorial em algo cronificante, adoeceador e não promotor de cidadania.

Pensando nos usuários estabilizados e aptos para a alta, e também naqueles que ainda tem que adquirir autonomia e independência, chegamos a um momento de pensar em

desenCAPSular estes usuários. Tirar estes usuários do CAPS. Tirá-los da cápsula.

“Cápsula” pode ser o recipiente metálico que contém a substância explosiva responsável em lançar o projétil ao seu alvo; pode ser um pequeno recipiente solúvel que contém medicamento de gosto desagradável para ser mais facilmente ingerido; pode ser um invólucro de certas sementes; é aquilo que guarda, que envolve.

Para a sociedade, a pessoa com transtorno mental pode ser vista como uma substância explosiva, com risco de surto, agressividade. É tanto papel da cápsula, lançar o projétil, como papel do CAPS, projetar este usuário de volta à sociedade. A pessoa com transtorno mental também pode ser “difícil de engolir”, como diz uma expressão popular que significa a dificuldade em aceitar algo, alguém, ou alguma situação. A cápsula de remédio facilita a deglutição da substância de gosto ruim. O CAPS facilita a aceitação do usuário perante a sociedade, a aceitação daqueles que “são difíceis de engolir”. A cápsula da semente guarda, protege e germina futuras plantas. O CAPS protege e germina futuros cidadãos autônomos e independentes. Sendo assim, a desenCAPSulização é o processo de projetar este usuário à sociedade e facilitar sua aceitação e vida cotidiana, permitindo que como as sementes, saiam da cápsula, e disseminem pelo território para crescer e brotar, tendo de fato maior autonomia, independência e liberdade.

Na prática clínica, por algumas vezes profissionais do CAPS são chamados para realizar visitas compartilhadas com os ACS. As pessoas a serem visitadas são descritas com características como: alteração em sua saúde mental, pessoa que não quer sair de casa, com pouca interação, agressiva, que fala sozinha, nega que está doente. Estas falas parecem mostrar insegurança ao identificar, lidar e tratar casos de transtorno mental. Percepção esta igualmente localizável na bibliografia.

Em 2009, o Ministério da Saúde considerou que cerca de 25% dos usuários atendidos pelas ESF apresentavam transtornos mentais, exigindo cuidado integral e continuado em saúde (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015). Muitas vezes, os ACS não se sentem capacitados para atender os casos da saúde mental e se restringem à medicação que estes usuários utilizam (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Apesar das semelhanças entre Reforma Sanitária e Psiquiátrica, Nunes et al. (2007) refletem sobre o conflito entre estes modelos. De um lado, os esforços de consolidação da

Política de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, na capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto à ESF, além de suas ações na área de saúde mental serem muito incipientes, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelas pessoas com transtornos mentais. Pode-se supor que este seja um dos principais limitantes nas ações relativas à clínica da saúde mental.

Assim, entendendo a clínica de saúde mental como principal limitante das ações da ESF; e o ACS como profissional da saúde mais próximo da vida cotidiana dos usuários, e de grande importância para a desencapsulização; este projeto foi inspirado na necessidade de entender melhor a visão do ACS sobre o cuidado em saúde mental.

3. OBJETIVOS

O objetivo dessa pesquisa foi identificar aspectos que influenciam o atendimento de pessoas com transtornos mentais pelos Agentes Comunitários de Saúde, a partir de suas experiências.

4. PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

Este capítulo expõe o percurso adotado para a realização desta pesquisa descrevendo o tipo do estudo, seus participantes, procedimentos, planos de análise e princípios éticos da pesquisa.

Por metodologia entende-se a organização dos caminhos a serem percorridos para a realização de uma pesquisa. *Methodos* significa organização e logos, estudo sistemático, pesquisa, investigação, etimologicamente, significa o estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para fazer uma pesquisa científica (FONSECA, 2002).

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa social empírica, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, onde busca entender um fenômeno específico em profundidade (GOLDENBERG, 1997). A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para MINAYO (2001) pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as suas particularidades e experiências individuais, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa empírica, também chamada de pesquisa de campo, pode ser entendida como aquela em que é necessária, através de experimentos ou observação de determinado contexto, a análise da experiência, que se coloca como uma questão central no desenvolvimento das novas interações da comunicação social e na relação com a teoria. Ela serve para ancorar no plano da experiência aquilo que fora apresentado conceitualmente (TUZZO; MAINIERI, 2011).

Esta pesquisa social foi desenvolvida a partir da aproximação ao campo e aplicação da técnica de Grupo Focal para levantamento dos dados empíricos sobre o tema. Foram realizadas quatro (4) sessões de Grupos Focais, exclusivamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de quatro (4) Unidades de Saúde da Família (USF) diferentes do município de Itapevi - SP. Cada sessão durou aproximadamente uma hora e trinta minutos.

Os 27 ACS participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um roteiro semi estruturado (Apêndice A) norteou as discussões. Os áudios das sessões foram gravados, transcritos, e reorganizados por categorias temáticas. O processo de análise dos dados foi realizado pela técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN,1977) e os resultados foram discutidos a partir do referencial teórico da Reforma Psiquiátrica, Reabilitação Psicossocial e com base nos documentos oficiais de políticas públicas em saúde e pesquisa.

4.2 TEORIA DO GRUPO FOCAL

Para atingir os objetivos deste trabalho, foi utilizada a técnica de grupos focais. O grupo focal surgiu durante os anos 1940 como forma de levantar a opinião da população americana sobre a possibilidade de os EUA entrarem na guerra, tendo sido bastante desenvolvida desde essa época nos países anglo-saxões. Desde os anos 1980 a técnica tem recebido uma acolhida entusiástica no campo das pesquisas de mercado, migrando com êxito para o campo das ciências sociais por intermédio da ciência política, especificamente, para os estudos de cunho eleitoral (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Na área de saúde, no Brasil, o grupo focal tem sido mais consistentemente usado a partir da segunda metade dos anos 80 (TRAD, 2009). Ainda de acordo com essa autora, vários relatos de experiência prática com grupo focal são encontrados em pesquisas de avaliação da Estratégia Saúde da Família, visando à análise de implantação do programa em um dado contexto territorial, avaliação da satisfação de usuários da ESF ou a análise do processo de interação entre equipes e comunidade, considerando, entre outros aspectos, a coerência com os princípios da humanização em saúde. Essas experiências consistiram em um dos critérios para a escolha metodológica desse projeto.

Essa diversidade de usos pode ser explicada pelo fato de que os objetivos das pesquisas, em todos os casos, remetem para questões relacionadas aos valores, crenças, opções e atitudes, ou seja, são objetivos que repousam no campo da dimensão subjetiva dos indivíduos e grupos. Também por esse motivo selecionou-se essa técnica, visto que o problema a ser tratado na pesquisa refere-se às experiências, conhecimentos, práticas e valores dos ACS em relação à Saúde Mental.

Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002 apud GOMES; BARBOSA, 1999), afirma que “o grupo focal é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade”; apoiando-se em, Krueger (1996), o autor o descreve como “pessoas reunidas em uma série de grupos que possuem determinadas características e que produzem dados qualitativos sobre uma discussão focalizada” (p. 12).

TRAD (2009) apresenta definições a partir de vários autores:

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais.

Para Kitzinger (2000), o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (p. 38).

Essa última definição aponta para os motivos pelos quais essa técnica foi selecionada para o trabalho de campo, ou seja, aproximar-se da experiência vivida por um grupo de ACS no trabalho em Saúde Mental, visando detectar como entendem essa problemática, seus receios, limites e potencialidades de atuação.

Para Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002) o Grupo Focal pode ser entendido como uma “fala em debate”, pois todos os pontos de vista expressos devem ser discutidos pelos participantes.

As questões devem ser capazes de instaurar e alimentar o debate entre os participantes, sem que isso equivalha à preocupação com a formação de consensos. O importante é que todos tenham possibilidades equânimes de apresentar suas concepções e que elas sejam discutidas e refinadas (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002 p.6).

O Grupo Focal pode ser entendido como um tipo especial de grupo em termos do seu propósito, seu tamanho, sua composição e sua dinâmica. Basicamente, o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, que não se desenvolve a partir de perguntas e respostas, mas apoia-se na interação e discussão entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador. Uma vez conduzido, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico (CARLINI-COTRIM, 1996).

Ainda segundo Carlini-Cotrim (1996), a coleta de dados proveniente do grupo focal contrasta com aqueles colhidos em entrevistas individuais, nas quais as pessoas são convocadas a emitir opiniões sobre assuntos a respeito dos quais talvez nunca tenham pensado anteriormente. Para ela, os indivíduos em geral precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. Dessa forma, a opção por esse procedimento pode complementar e ampliar aspectos abordados, com grande frequência, nas entrevistas individuais.

O grupo focal deve ser composto por cerca de cinco (5) a quinze (15) indivíduos que compartilhem uma identidade referente ao tema estudado: moradores de um bairro, grupo etário, portadores de determinadas doenças etc. esse número não se constitui como uma regra fixa e imutável, mas corresponde às necessidades de um debate profícuo, ou seja, o grupo deve ter o tamanho adequado para que todos possam participar, falar, expor suas ideias, assim como fornecer diferentes pontos de vista sobre o assunto tratado.

Na seleção dos participantes, a Equipe de pesquisa deverá levar em conta que: (a) eles têm obrigatoriamente que fazer parte da população-alvo estudada; (b) devem ser convidados com antecedência e devidamente esclarecidos sobre o tema abordado e os objetivos da pesquisa; (c) os critérios utilizados na seleção dos componentes de cada grupo devem estar vinculados aos objetivos e aos resultados que a pesquisa deseja alcançar (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002, p.13).

As discussões devem ser conduzidas pelo pesquisador, que deve encarregar-se do registro das falas, dos cuidados com o gravador e registrar a linguagem não falada: gestos, disposição das pessoas no grupo, expressões etc. O pesquisador que conduz a reunião deve se preocupar em garantir que todos os entrevistados participem, evitando que alguém monopolize a conversa ou que se instaure um clima agressivo ou muito tenso (MINAYO, 1992; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Seu tempo de duração não deve ultrapassar uma hora e meia, lembrando-se que na primeira reunião talvez seja necessário um tempo maior para aspectos gerais, como o entrosamento do grupo ou o entendimento da dinâmica e dos objetivos do encontro (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Importante lembrar, ainda, que essas orientações não se constituem como regras imutáveis, mas somente diretrizes que podem ser aplicadas ou não, conforme a situação de pesquisa. A orientação mais importante deve ser procurar a maior acessibilidade para o grupo. O número de grupos e de sessões deve ser definido pelo pesquisador de acordo com a problemática detectada, os objetivos estudados ou outros critérios, como o tipo e número de subgrupos identificados e definidos como pertinentes para o projeto. Deve ser realizada a quantidade de reuniões necessária para o entendimento do tema ou quantas o grupo aceitar. Um critério útil para definir o fim das reuniões é dado quando as falas começam a tornar-se recorrentes (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

4.3 TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Em 1977, Laurence Bardin em seu livro “Análise de conteúdo”, descreve uma metodologia de pesquisa que atende a aspectos quantitativos, mas também fundamenta a pesquisa qualitativa, permitindo assim, a análise das comunicações, passando a usar análises por meio das inferências.

Segundo Bardin (1977), “as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência, e interpretação. Assim, desde uma leitura flutuante até a impregnação com o material, o pesquisador vai tratando de seu material” (p.95).

Para Bardin (1977), tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação, enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices. Holsti (1969 apud BARDIN, 1997), define codificação como um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

Para Bardin (1977) a organização da codificação, compreende três escolhas: recorte (escolha das unidades); enumeração (escolha das regras de contagem); classificação e agregação (escolha das categorias).

A partir do momento em que na análise de conteúdo, decide-se codificar o material, deve-se produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 1977).

Para Bardin (1977), a noção de tema, é característica da análise de conteúdo. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, nesse caso o texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis.

O tema é uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem linguística, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode enviar (e reenviar geralmente) para diversos temas (BARDIN, 1977 p.105).

4.4 LOCAL DA PESQUISA

O município de Itapevi - SP, foi fundado no ano de 1959 a 35 km da Praça da Sé da cidade de São Paulo, com área de 82,659 km² e população de 226.488 habitantes. Ele possui 83% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 37.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 33.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2016).

De acordo com o Mapa da Pobreza e Desigualdade (IBGE, 2000; POF, 2002/2003), a incidência de pobreza no município é de 61,86% e segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS (IBGE, Fundação SEADE), 31,5% da população, encontra-se no estrato de mais alta vulnerabilidade social. A ESF de Itapevi teve seu início de implantação no ano de 2003.

Atualmente, 30,06% do território é coberto pela ESF. Há 80 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se dividem nas 18 equipes existentes e em 9 Unidades Saúde da Família (USF). Destas 9 USF, 6 estão implantadas e 3 USF estão sendo estruturadas.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II foi inaugurado no ano de 2006, quando teve início a descentralização da saúde mental, que contou também com a substituição de um único ambulatório de saúde mental por atendimentos ambulatoriais psiquiátricos e psicológicos disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), foram inaugurados em 2014. Todos os equipamentos públicos da cidade respondem à administração direta, com cargos preenchidos, na sua maioria, através de concursos públicos.

4.5 PARTICIPANTES

A população participante deste estudo foi composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que executavam suas atividades nas Unidades de Saúde da Família (USF) coparticipantes do estudo.

Durante o trabalho de campo, as quatro (4) USF dispunham de um contingente de 44 ACS, sendo 18 ACS na USF1, 14 ACS na USF2, 6 ACS na USF3 e 6 ACS na USF4. Todos os ACS dessas unidades foram convidados a participar do estudo. Devido ao período de férias, ACS que estavam em funções administrativas e os que não quiseram participar, o número total de participantes foi de 27 ACS.

4.6 PROCEDIMENTOS

A Secretaria de Saúde de Itapevi foi receptiva e colaborativa à pesquisa. No município existem nove (9) USF, descritas na tabela abaixo:

Nome da USF	Número de equipes	Número total de ACS
USF1	3	18
USF2	2	14
USF3	2	6
USF4	1	6
USF5	2	7
USF6	2	11
USF7	4	13
USF8	1	3
USF9	1	2

A seleção das USF ocorreu a partir de algumas considerações. Dada a intenção de se realizar quatro (4) sessões de grupos focais, com ACS de quatro (4) USF diferentes, e partindo do pressuposto que poderia haver algum imprevisto na realização de algum dos grupos focais, foi escolhido realizar a aproximação ao campo com uma USF a mais. Ou seja, inicialmente foram eleitas cinco (5) USF para o contato.

Foi sugerido pela coordenação, a realização da pesquisa nas unidades: USF1, USF2, USF3, USF6 e USF7. A USF7, que é a mais antiga de Itapevi e melhor estruturada, já estava sendo campo de outra pesquisa de mestrado, cujo objetivo era “promover discussões sobre saúde mental com profissionais de Equipes de Saúde da Família” (YAMAGUTI, 2017). Pelo risco de um viés nesta pesquisa, esta unidade foi excluída. As USF5, USF8 e USF9 estavam sendo estruturadas. Então, foi sugerida a inclusão da USF4.

A partir disso, foram definidos os cinco (5) locais do trabalho de campo: USF1, USF2, USF3, USF4 e USF6. Após a aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, foi iniciada a aproximação às USF. Seguindo a orientação da Secretaria de Saúde, o contato com os ACS ocorreu após a autorização dos enfermeiros responsáveis pelas equipes.

Em cada uma das cinco (5) USF, a pesquisa foi explicada e autorizada pelos enfermeiros, que também indicaram o melhor dia e horário para a realização do grupo focal, visando a menor interferência possível na rotina dos funcionários. Após a concordância dos enfermeiros no desenvolvimento do estudo com suas equipes de ACS, foi realizado o convite verbal aos ACS presentes na unidade naquele momento. A pesquisa foi explicada brevemente, informou-se que o grupo focal seria realizado em um único dia, com duração aproximada de 01h30min, todas as dúvidas seriam tiradas antes do início do grupo, e que a participação era voluntária.

Após alguns dias, a pesquisadora voltou às USF, fez novo convite verbal aos ACS presentes e deixou um folheto (APÊNDICE C) como convite escrito aos ACS que não tinham sido contatados pessoalmente e para lembrar todos eles da data e o horário do grupo focal.

O convite direto aos ACS aconteceu em quatro das cinco USF, pois na USF6, a enfermeira informou que não havia ACS na unidade em nenhum dos dois momentos de visita da pesquisadora para aproximação ao campo da pesquisa.

Um dia antes da realização do grupo focal, os enfermeiros das unidades foram contatados via telefone para que lembrassem os ACS sobre a realização do grupo.

No contato com a USF6, a enfermeira passou a informação que os ACS já estavam participando de outra pesquisa e que não gostariam de participar deste estudo. Mesmo diante desta negativa, a pesquisadora compareceu na USF na data e horário marcado, reforçou que a participação era voluntária e pediu a oportunidade de explicar a pesquisa aos ACS presentes. Mas isto foi negado, segundo a enfermeira, para respeitar a decisão dos ACS. Diante desta negativa, a unidade foi retirada da pesquisa.

O trabalho de campo ocorreu de janeiro/2018 a março/2018. Em ordem cronológica, os grupos focais aconteceram nas unidades: USF1, USF2, USF3 e USF4. O primeiro grupo

focal foi acompanhado pela orientadora deste trabalho, Prof.^a Dra. Fabiola Zioni, o que possibilitou ajustes para o manejo dos outros três grupos.

Os grupos foram realizados nas próprias unidades, sendo escolhida de forma unânime em todas as USF a própria sala dos ACS para a realização dos grupos focais, o que possibilitou realizar a conversa com sigilo em relação aos outros profissionais da unidade.

As cadeiras foram organizadas ao redor de uma mesa que continha alguns lanches, água, suco e sorvete, que serviram como atrativo ao local e para descontração dos participantes. Os grupos foram iniciados com uma breve identificação da pesquisadora, que relatou ser Terapeuta Ocupacional, trabalhar no CAPS II adulto do município e estar realizando mestrado na Faculdade de Saúde Pública da USP. Apesar do distanciamento necessário entre os papéis de trabalhadora e pesquisadora, esta escolheu se apresentar de ambas as formas, pois havia o receio de alguns ACS em ser uma pesquisa encomendada pela Secretaria de Saúde. Pelo fato de alguns ACS já conhecerem a profissional, poderiam se sentir desconfiados desta não contar que também trabalhava para o município de Itapevi. Foi explicado objetivo da pesquisa. Os ACS foram informados que o grupo aconteceria em um único dia e que a conversa seria orientada por um roteiro. Foram informados sobre a gravação e transcrição das falas, de modo que estas fossem analisadas de forma criteriosa e que tudo ocorreria de forma sigilosa, sendo o acesso às gravações e transcrições realizadas, única e exclusivamente pela pesquisadora e sua orientadora, esclarecendo a eles que o grupo era um espaço para que eles expressassem seus reais posicionamentos sobre o que estava sendo trabalhado neste estudo.

Os 27 ACS participantes, receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura e a assinatura de ambas as cópias pelos participantes e pesquisadora, uma foi recolhida e a outra ficou em posse deles. Posteriormente a isso, os gravadores foram posicionados e ligados sobre a mesa central.

O grupo focal foi norteado por um roteiro (APÊNDICE B). Os áudios das sessões foram gravados, transcritos, categorizados por temas e analisados através da metodologia de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977).

As transcrições brutas foram lidas desde a atenção flutuante, até a impregnação, com a identificação e codificação dos temas contidos nos discursos. Após a identificação dos temas,

as transcrições brutas foram integralmente desconstruídas em fragmentos. Estes fragmentos, foram reagrupados com seus semelhantes, gerando as categorias temáticas.

Com isso, através do volume de recortes do discurso dos profissionais de cada categoria temática, pode-se identificá-las em um nível de maior para menor incidência. Segundo essa classificação as categorias foram estruturadas em: articulação e construção da rede; acolhimento, acompanhamento e orientação dos pacientes; educação permanente; respaldo, reconhecimento e estrutura; medo; visão antimedamentosa; e responsabilidade das famílias.

Para a discussão dos resultados, também foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica e levantamento documental a fim de se contextualizar o problema e analisar os achados do campo. A pesquisa documental foi realizada em publicações oficiais dos entes da federação sobre o tema, e a pesquisa bibliográfica junto a periódicos da área e literatura científica especializada, por meio de descritores como Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Mental na Atenção Básica, e outros que se mostraram pertinentes a partir do trabalho de campo. A discussão dos resultados foi realizada a partir do referencial teórico da Reforma Psiquiátrica, Reabilitação Psicossocial, e em comparação com documentos oficiais de políticas públicas em saúde.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

De modo a atender aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 16 de dezembro de 2012 e considerando o disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e aprovado por meio da Plataforma Brasil (ANEXO A). A coleta de dados iniciou-se após a apreciação da pesquisa pelos órgãos avaliadores acima sob o registro CAAE: 79798117.1.0000.5421.

Com base na resolução supracitada, os participantes foram assegurados do sigilo das informações fornecidas e o direito de interromper, a qualquer momento sua participação no estudo, sem que isto lhe acarretasse prejuízos, pessoal e/ou profissional. Todos os participantes da pesquisa foram informados claramente sobre os objetivos e métodos utilizados no estudo.

A cada entrevistado foi fornecido uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), onde se encontravam os contatos telefônicos da pesquisadora, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade e do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, caso necessitasse de alguma informação referente ao estudo. Somente após expressar o seu consentimento através da assinatura do TCLE, de forma voluntária, ciente de que não haveria benefícios de cunho financeiro, assim como nenhum tipo de despesa, o participante iniciou sua participação na pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme colocado em itens anteriores foram realizadas 4 sessões de grupos focais, em quatro USF do município, com a participação de 27 ACS. Os áudios foram transcritos e lidos exaustivamente, de forma a identificar quais temas estavam contidos ali. As categorias temáticas foram selecionadas seguindo o proposto por Bardin (1977) apresentado no capítulo metodológico. Vale acrescentar que as mesmas não foram definidas *a priori*, mas construídas *a posteriori* a partir da leitura atenta do material. A leitura e criação das categorias sofreram influência o referencial teórico e leituras que inspiraram o projeto em sua totalidade. Assim, o conteúdo foi separado em sete categorias temáticas. Segundo a ordem estabelecida abaixo, pode-se observar os temas da maior para a menor incidência nos discursos:

- Articulação e construção da rede;
- Acolhimento, acompanhamento e orientação dos pacientes;
- Educação permanente;
- Respaldo, reconhecimento e estrutura;
- Medo;
- Visão antimedamentosa;
- Responsabilidade das famílias.

Cada uma das sete categorias temáticas será explorada nos capítulos posteriores. Mas antes é importante compartilhar uma reflexão sobre os resultados obtidos.

5.1 REFLEXÃO SOBRE RESULTADOS

Quando este estudo foi iniciado, partiu-se da ideia de que, na rede, os casos de saúde mental seriam os mais difíceis de serem abordados pela ESF e pelos ACS. Isso provavelmente por falta de conhecimento na área da saúde mental, manejo técnico ou medo. Daí a necessidade de identificar-se aspectos positivos e/ou negativos relacionados ao atendimento. A ideia sempre foi partir das falas, experiências e desejos dos próprios ACS. No entanto, o trabalho de campo indicou um panorama diferente. Os casos de saúde mental não foram retratados como a parte mais difícil no trabalho do ACS. Nesta pesquisa, não readequamos as

hipóteses iniciais aos resultados obtidos, mas sim buscamos explicar esses resultados. Em uma pesquisa social empírica, mesmo com um roteiro semi estruturado, há de certa forma, o controle das perguntas, mas não há controle das respostas. Daí a riqueza, e a dificuldade, de uma pesquisa qualitativa, que dá voz à população pesquisada e permite a ampliação do tema em questão. No caso em tela também foram identificados temas que dizem respeito não especificamente aos casos de transtornos mentais, mas das estruturas institucionais e sociais que os abrangem

5.2 CATEGORIA TEMÁTICA 1: ARTICULAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA REDE

Esta categoria temática aborda a articulação e construção da rede, passando por definições de Redes de Saúde, Redes de Atenção Psicossocial, acesso à informação, comunicação em equipe, organização de fluxos do serviço, ações e limitações da atenção em saúde mental na ESF, e ações intersetoriais.

A palavra “rede” pode nos remeter a diferentes definições. Pode ser um entrelaçamento de fios, cordões, arames, formando uma espécie de malha bastante resistente com espaçamentos regulares, em quadrados ou losangos, relativamente apertados, que se destina a diferentes usos, por exemplo para pescar, deitar para descansar, ou como um equipamento de proteção, para amortecer a queda de corpos. “Rede”, neste caso, traz a ideia de suporte.

“Rede” também pode ser um dispositivo esticado, instalado no centro de uma quadra (tênis, voleibol) ou mesa (pingue-pongue), sobre a qual a bola deve passar durante o jogo. Neste caso, a rede traz a ideia de algo que gera um movimento sobre a si. Movimento e circulação que ocorrem também na rede viária, com canais e estradas que se entrecruzam e se ramificam; e movimento de informações que ocorrem no conjunto de meios de comunicação (telefone, rádio, televisão). Também pode ser um conjunto de pessoas, estabelecimentos, equipamentos que mantêm contato entre si e se reportam a uma administração central. Neste caso o movimento acontece entre as partes de uma rede.

Com relação às Redes de Saúde, a lógica é parecida. Este conceito surgiu em 1920 no relatório Dawson. Lord Dawson foi o coordenador de uma comissão britânica, que tinha o

objetivo de “definir esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada” (WEBSTER, 2002). O relatório Dawson elaborou a primeira proposta de um trabalho em redes de serviços de saúde, com territórios e populações definidas por regiões de saúde, como podemos observar na figura a seguir, que mostra municípios periféricos e centrais de diferentes tamanhos, com uma Rede de Saúde que contempla atendimentos em domicílio, centros de saúde primários, secundários, terciários e serviços suplementares.

Figura 2: Esquema de organização de serviços apresentado no Relatório Dawson.

Fonte: Ministerio de Salud de la Gran Bretana (1994)

No Brasil, as políticas públicas vigentes definem o atendimento da população através das Redes de Atenção à Saúde - RAS, que segundo o Ministério da Saúde (2010), “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas

que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2011) as primeiras RAS estabelecidas foram: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que embasa teoricamente as discussões desta dissertação.

A portaria nº- 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A RAPS tem como algumas de suas diretrizes:

- “Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
- Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas."

Baseando-se nisso, a Rede deve ser um entrelaçamento resistente de pessoas, equipamentos e informações que se comunicam e articulam num sistema reticulado. Nesta, o cuidado em saúde se entrecruza e ramifica entre espaçamentos regulares com responsabilidades definidas, a fim de atender o sujeito em sua integralidade numa lógica de cuidado compartilhado, mas com resolutividade em cada ação e nível de atenção.

Um ACS disse:

“Se trabalhasse em conjunto, a assistente social, a prefeitura, secretaria da saúde, posto de saúde... Se trabalhasse em conjunto, com certeza os resultados seriam bem melhores”.

Esta frase explicita um trabalho em rede considerado ideal, no qual as ações transcenderiam o campo da saúde e interligariam uma Rede Intersetorial. A reabilitação psicossocial preconiza o aumento de poder contratual, independência e autonomia em casa, trabalho e rede social. Desta forma, aconteceria com maior facilidade em uma Rede Intersetorial mais resistente e articulada.

Na bibliografia consultada percebe-se que há muito o trabalho em rede vem sendo preconizado. No entanto, são poucas as práticas que se sustentam, atualmente e no município, a partir dessa proposta. A Política de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, estimula práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, porém a lacuna ainda parece ser grande entre o que as diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta. As concepções e práticas em saúde mental existentes na atenção primária à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social das pessoas com transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas. Apesar do debate atual sobre o tema, ações de saúde mental na rede básica ainda são muito incipientes (NUNES; JUCÁ; VALENTIM 2007).

Principalmente em cidades com populações mais pobres e alto grau de vulnerabilidade, essa integração intersetorial parece ser mais que necessária. Por algumas vezes ações da saúde apareceram como codependentes de ações da Promoção Social. Por exemplo, quando ACS relata sobre pacientes privados de itens básicos, como comida:

“ACS: Muitas vezes divide entre nós... Já aconteceu com uma paciente de outra colega nossa, que se reuniu entre nós, fomos no mercado, fizemos uma vaquinha entre nós e levamos pra paciente. A gente fez também para aquela mulher da cesta básica...”

Pesquisadora: Mas cesta básica...?

ACS:Cesta básica do nosso bolso.

Pesquisadora: Mas e a parte da Promoção Social?

ACS: A gente aciona, mas até eles virem lá, fazer toda a burocracia do papel lá e falar quem tá na frente primeiro, que recebe primeiro... Não é uma burocracia...é uma “*burrocracia*” [neologismo do ACS]. Porque assim: o sistema é lento... Tudo é lento. Aí ela precisa comer hoje! Mas eles vão vir daqui a dois meses.”

Segundo os ACS, a demora e a burocracia podem ser fatais em alguns casos. Com relação à visita da assistente social, afirmam que a demora não é fruto somente da grande demanda, mas da “*burrocracia*”. No entanto, apesar do uso pejorativo da palavra “burocracia”, esta pode indicar um sistema de execução da atividade pública de maneira bem definida, e determina uma rotina e hierarquia com linhas de autoridade e responsabilidade bem demarcadas. Teoricamente, a burocracia deveria sistematizar uma linha de cuidado e os fluxos do equipamento. A burocracia deveria ajudar a traçar um caminho resolutivo, e não servir como um complicador.

Neste próximo exemplo, os ACS migram do papel de provedores do cuidado, para provedores do alimento, o que foge às suas funções profissionais, e mais uma vez colocam o caminho burocrático como uma dificuldade:

“ACS: Às vezes a gente tem um problema com o idoso, a gente tem que passar para o conselho do idoso, mas daí a gente não pode passar para o conselho. A gente tem que passar para a secretaria, para a secretaria passar para a assistente social, para a assistente social fazer algo pelo idoso... e às vezes a gente não tem esse retorno, de como resolver e se resolveu o problema. Talvez a gente tenha essa divergência de comunicação.

Pesquisadora: Por que não pode passar direto para o conselho?

ACS: Segundo eles, tem a hierarquia, né?! Que nem... a enfermeira até faz, manda pra promoção social. Mas tem que esperar. A promoção tem que acionar o conselho do idoso. Entendeu?”

A palavra “hierarquia” foi recorrente nos discursos. Geralmente acoplada a um ar desmotivado, remetia a processos, poderes, níveis de autoridade ou de chefia, ou seja, algo que não dependia dos ACS. A questão da hierarquia aparecia de maneira ambígua nas discussões visto que era retratada como problema para um bom atendimento, uma forma de

organização impeditiva de uma boa atuação. No entanto, não existe organização de possa dispensar relações hierárquicas, além disso, em momentos que essa hierarquia não se manifesta, também não se nota maior atuação. Alguns procedimentos e intervenções de fato necessitam de encaminhamentos que seguem uma “hierarquia”, que na verdade é um caminho burocraticamente organizado. Já outras tantas intervenções são submetidas a longos caminhos desnecessários.

Para ações menos complexas, ficamos com as questões: Este caminho ajuda a organizar as demandas? Ou só atrasa a resolatividade dos casos? Talvez discutir o caso em equipe poderia fazer com que surgissem algumas possibilidades de caminhos, fossem eles dentro das ações possíveis da USF, na saúde, ou em outros setores. Já esta “hierarquia” passa a ser somente diferentes mesas, carimbos e malotes, pelos quais este relatório passa até chegar ao seu destino final. Com isso, ambas secretarias, Saúde e Promoção Social, tem ciência de quais casos tem sido acompanhados, isto é, se pudermos chamar isto de acompanhamento. Mas ficamos com a pergunta: Qual o benefício disso para o paciente? Isso não atrasa a resolatividade dos casos?

Esta “hierarquia” muitas vezes constitui o descaminho do cuidado. É como dar uma volta inteira no quarteirão para chegar à casa do vizinho. Tanto a USF quanto o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), serviço de menor complexidade dentre os da Secretaria de Promoção Social, são de base territorial e o acesso é livre e direto. “Um serviço de base territorial e comunitário é um serviço de portas abertas (acessível a qualquer pessoa), localizado o mais próximo possível de onde o usuário vive, de onde estão a sua família, os seus amigos, as instituições com as quais tem contato (associações, igreja, terreiro, escola, polícia, entre outras) e os lugares que frequenta (Unidade Básica de Saúde, comércio, quadras esportivas etc.)” (MS, 2016 p.6).

Ou seja, principalmente em um caso de privação de comida, o paciente poderia ir ao CRAS espontaneamente ou acompanhado de um ACS; bastaria uma orientação. Lá ele passaria por uma avaliação social que talvez contivesse uma visita domiciliar, e caso se enquadrasse nos critérios, a cesta básica seria liberada. Com isso, a articulação entre pessoas e equipamentos diferentes, beneficiaria a qualidade de vida das pessoas atendidas. Não seria necessário relatório para a Secretaria de Promoção Social, mas o contato entre profissionais de equipamentos do mesmo território, de forma horizontalizada e com cuidado compartilhado, como preconizam a Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e Reabilitação Psicossocial.

Contudo, uma das possibilidades deste não contato, pode ser inclusive o desconhecimento do trabalho do outro. Veja estas respostas à pergunta sobre o conhecimento de outros equipamentos do território:

“ACS: CRAS... eu mesma falo para o Bolsa Família... Não sei qual tipo de atividade que eles desenvolvem lá.

ACS: Eu já participei de um curso lá no CRAS de cupcakes. Mas é... os basiquinhos mesmo.

ACS: Tem esporte. Mas as mães que sempre levam. A gente não tem esse contato...”

A primeira fala tem relação direta com o trabalho do ACS, pois é este profissional que entrega nas casas o papel que se origina no CRAS, com uma das condicionalidades do Programa Bolsa Família: a pesagem das crianças. A segunda fala diz respeito a uma oficina para geração de trabalho e renda do CRAS, algo de grande importância para diminuir a pobreza das famílias a partir de um trabalho autônomo e horário flexível. A ACS chama o curso de “basiquinho” de uma forma que parece desvalorizá-lo, ou simplesmente não compreendendo o objetivo daquela oficina, o que pode ocorrer pela falta de compreensão de quem participou da oficina, ou também pelo discurso que foi utilizado pelo promotor da oficina. Já na terceira fala, a ACS mostra que há crianças que se beneficiam de atividades esportivas, mas nem sabem que atividade é aquela que faz parte da rotina da criança e família, e muito menos do contato em rede intersetorial para que servisse a outras famílias do mesmo bairro.

Nessas outras frases, pensando nas crianças e em casos de saúde mental, as ACS reclamam da distância, centralização e horários das atividades esportivas que poderiam se constituir como uma prática de cuidado em saúde mental.

“ACS: Se você quiser ter algum tipo de lazer mesmo, ou um curso, ou uma coisa pra você ocupar teu filho, ou a pessoa, você tem que ir para o centro de Itapevi”.

“ACS: Tem municípios que oferecem mais atividades físicas. A pessoa tem que, nesse caso, ela tem que fazer para poder direcionar o foco dela pra outra coisa. Mas o município de Itapevi, infelizmente, oferece muito pouco. E oferecem para pessoas que podem, né? Que são

donas de casa e estão lá. Outros que trabalham, que precisam trabalhar, que precisam enfrentar às vezes a situação (doença mental), não tem”.

Uma visão de tratamento não medicamentoso, que será discutido em outra categoria, aparece nestas frases. Neste momento, é importante salientar que a Secretaria de Esportes de Itapevi tem mais de 20 polos de esportes espalhados pela cidade. Estes polos estão locados principalmente nas escolas municipais e são abertos para a comunidade, oferecendo atividades para crianças de quatro anos até a terceira idade e em horários matutinos, vespertinos e noturnos. Contudo, em nenhum momento dos quatro grupos focais, apesar de os ACS identificarem importância em grupos de esporte, cultura e lazer, não mostraram conhecimento destes polos de esporte, o que mais uma vez aponta a falta da rede.

Não apareceram experiências positivas com trabalho em Rede Intersetorial, ao mesmo tempo que os ACS se sentem solitários e impotentes no acompanhamento de alguns casos. Pensando na função da ESF em promover saúde, o trabalho em parceria com equipamentos do Esportes e Assistência Social, por exemplo, seria benéfico.

A portaria nº- 3.088 traz no total, doze diretrizes, três objetivos gerais, nove objetivos específicos, além de definir seus componentes da rede e operacionalizar sua implantação.

Diante da concepção de rede, nesse documento da área da saúde, cinco de suas diretrizes vão ao encontro do trabalho em rede intersetorial. São elas:

“IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

VI - Diversificação das estratégias de cuidado;

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.”

Assim como, três de seus objetivos específicos:

“IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial”.

Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica traz como responsabilidade de todos os funcionários a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

A Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família são componentes da RAPS, no entanto, no território estudado as ações em reabilitação psicossocial ainda estão muito distantes das práticas de trabalho. A maior parte das queixas dos ACS, nos aspectos que estes identificam como a pior parte de seu trabalho, não são os casos de saúde mental, mas a demora nas filas de exames e especialidades.

“Pesquisadora: Quais são os problemas mais difíceis de serem trabalhados quando vocês estão no território? Quais são os problemas das famílias que são mais difíceis para vocês trabalharem?

ACS: Eu acho que as cobranças.

ACS: A demora nos exames.

ACS: Exatamente. É a cobrança do exame que não chega.

ACS: São os piores.

ACS: Tem guia chegando aqui, que é de 2016.

ACS: Tem pessoas que não precisam mais.

ACS: Tem pessoas esperando até hj exames urgente.

ACS: Perdem guia lá. Perdem! Vai procurar, não tem mais. Não existe”.

Repare que mesmo quando a pergunta se remete diretamente sobre trabalhos do território, os ACS falam de problemas internos da rede de saúde. Diferentes falas mostram a frustração e sentimento de impotência quando o paciente precisa de algo que vá além do ofertado na USF:

“ACS: Porque a verdade é a seguinte: passar no médico, no clínico, no dentista, tudo bem para a população, nossa unidade nesse ponto, oferece, mas e aí se precisa de um passo a mais? Aí a gente já começa a encontrar as dificuldades. E é quando a gente precisa desse passo a mais que a gente se preocupa mais com as pessoas. E aí a gente fica de mãos atadas porque já não consegue mais. Tem uma limitação, né”.

Esta queixa teve grande incidência nos grupos focais. De certa forma, a gratificação pelo trabalho do ACS, e aqui não nos referimos a uma gratificação salarial, mas uma gratificação no sentido de reconhecimento de seu trabalho, para eles, está muito relacionada a ações que não dependem diretamente deles. Suas principais queixas, sofrimentos e angústias estão na falta de resolutividade de ações das quais eles não são protagonistas.

“Pesquisadora: Tem alguma situação que vocês atenderam que vocês vejam que foi um caso bem sucedido?”

ACS: Eu acho que a partir da hora que você aconselhou, entre aspas, tem que resolver o problema. Você ajudou a pessoa de alguma maneira, ela precisou de encaminhamento pra algum lugar e a família conseguiu levar lá, conseguiu o atendimento. Está bem sucedido. Está resolvido”.

Percebe-se também uma lógica de encaminhamento para resolução dos casos, mostrando um sistema que ainda funciona na lógica de referência e contrarreferência, centrada nos procedimentos e especialidades médicas. Para Camuri e Dimenstein (2010) o encaminhamento domina as ações e de modo geral, não há responsabilização pela demanda. Para Rodrigues e Moreira (2012) a proposta de trabalho integrado implica um fazer totalmente diverso do trabalho fragmentado da assistência em saúde, pois envolve corresponsabilização, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos contextualizados com a vida do sujeito. Desta forma, há o rompimento do cuidado que têm como princípios a ideia de encaminhamento, de hierarquia de saber e de medicalização da saúde.

A lógica do encaminhamento demanda às especialidades médicas inclusive condutas que deveriam pertencer à ESF:

“ACS: É um problema muito grande da UBS por não ter psiquiatra. Os próprios clínicos daqui acabam dando a receita, sendo que não é função deles. Ficam até criando problema com os profissionais daqui porque não querem dar as receitas por este motivo, por ele não ser especialista. Vai para o especialista. E retorna para o clínico? E aí?”

Segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), ainda que alguns médicos da ESF tratem de pacientes com problemas psicossociais, ou sofrimento mental mais leve, eles afirmam se sentir à vontade apenas para prescrever antidepressivos, mas não ansiolíticos por conta do risco de dependência química, e muito menos antipsicóticos, que são problemas que provocam maior desconforto pela construção imaginária social que envolve e atinge não apenas a população geral, mas também os profissionais de saúde.

“É que nem assim, a pessoa se abre com a gente. As pessoas estão quase surtando lá. Precisando do remédio, precisando do acompanhamento. Não tem! O que a gente pode fazer por eles? Nada. A gente só pode pedir para o médico trocar a receita aqui. Só isso. A gente não tem uma orientação de para onde ir... Alguns vão pro CAPS e conseguem algum acompanhamento lá, mas é mais aqueles especiais mesmo, não só depressão”.

A Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade (SBMFC, 2014) disponibiliza para consulta pública o currículo baseado em competências, no qual em um de seus capítulos estão definidos pré-requisitos, competências essenciais, desejáveis e avançadas para abordagens de saúde mental (ANEXO B). Entre as abordagens essenciais estão o manejo de terapia farmacológica e não farmacológica para problemas de saúde mental, manejo de casos não complicados de uso abusivo de drogas, reconhecer e diferenciar a severidade de surtos psicomentais e coordenar o cuidado de pacientes com problemas de saúde mental. Já nas abordagens avançadas temos inclusive o manejo de doenças mentais severas, incluindo depressão complicada e esquizofrenia. Ou seja, as dificuldades no manejo de muitos casos de saúde mental pela USF, ainda acontecem porque existe um distanciamento entre as políticas públicas e as práticas profissionais.

Mais que isso, apesar da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira terem acontecido na mesma época, houve um descompasso: a Unidade Saúde da Família tem chegado aos territórios dos sujeitos, mas o lugar da loucura continua sendo distante do

convívio cotidiano. Estruturas sociais são historicamente construídas e os transtornos mentais ainda estão marginalizados tanto do convívio social, como da formação e cuidado dos profissionais generalistas da saúde, que historicamente não o praticavam.

Além do atendimento ao paciente ser prejudicado por estes descompassos, a boa relação da equipe também vai se tornando fragilizada. A falta de parceria entre as categorias faz parte de falas desmotivadas de ACS que não se sentem muitas vezes pertencentes a um grupo de trabalho. Há uma potência do trabalho em grupo para resolver casos complicados. Durante este capítulo, partimos de uma visão macro, sobre redes intersetoriais, passamos pela rede de saúde e agora chegamos a uma visão micro, do trabalho de rede interno a cada equipe de ESF. Essas situações conflituosas apareceram espontaneamente em algumas falas:

“ACS: Você falou em rede, mas se a rede começar dentro da própria unidade... a equipe. É comunicação. Falta muita comunicação. Entendeu?”

Já em outros momentos, este mesmo tema apareceu como resposta à pergunta norteadora do roteiro do grupo focal:

“Pesquisadora: Qual é a pior parte do trabalho de vocês?”

ACS: Ser excluída. Muitas vezes dentro da unidade você é excluída de muitas coisas.

Pesquisadora: Por exemplo?

ACS: Por exemplo, eles querem que a gente oriente a população sobre vacina, por exemplo. Aí houve uma mudança no calendário de vacina. Vai ter uma campanha... Nós somos os últimos a saber, sendo que deveríamos ser os primeiros, para orientar o povo. Então, a comunicação começa por aí. A falta de comunicação, no caso.

ACS: Mas o que eu falei para vocês. A exclusão começa de onde?

ACS: De dentro. Uma equipe unida faz a diferença”.

Muitas vezes os ACS se definem como “ponte entre o posto e a comunidade”. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012 p.49), “é responsabilidade do ACS desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à

dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco”, mas para que isso ocorra de forma mais eficiente e com informações corretas, é importante que a comunicação e transferência de conhecimento em relações horizontalizadas dentro da ESF façam parte da rotina de trabalho.

“Pesquisadora: Pensando hoje, nas pessoas que estão nessa unidade, o que poderia unir essa equipe?

ACS: Dialogar muito. Muita conversa. E do respeito. Por exemplo, a partir da hora que você compartilha tudo, eu acho que você está sendo respeitado.

Pesquisadora: Compartilhar informações?

ACS: Tudo.Tudo. Daí a partir daí, você começa a trabalhar em cima daquilo ali. Mas se você não sabe de nada, tipo... Tem reunião da secretaria que diz respeito a todo mundo. As pessoas vão chegando aqui e você não sabe o que aconteceu. E vai continuar não sabendo. A pessoa não te fala. E aí?

ACS: Primeiro elas falavam. Toda reunião que tinha, era tudo falado para a gente. Chegava aqui e falava. Agora, ninguém sabe mais nada o que acontece”.

Nenhuma das quatro USF estudadas tinha reuniões periódicas de equipe. Segundo a PNAB (BRASIL, 2012) é de responsabilidade de todos os funcionários a realização de reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe.

Há situações em os ACS apresentam receio em se posicionar frente a trabalhadores com maior conhecimento técnico e nível universitário. A discussão sobre hierarquia não aparece somente em relação ao contato com outros equipamentos, também está presente nas equipes de saúde, em que aqueles que possuem um saber técnico especializado ou formação superior ocupam lugar de destaque. Isso reforça a necessidade da horizontalização das ações na ESF, com responsabilidades compartilhadas entre os membros das equipes de saúde (SAKATA E MISHIMA, 2012).

Além disso, a reunião de equipe poderia ter a função de discussão de casos, capacitação em temas de interesse, troca de experiências, divisão de angustias, dificuldades,

responsabilidades e quem sabe, aumentar a resolutividade dos casos. Note a situação descrita abaixo, na qual a ACS conta sobre uma criança com múltiplas deficiências:

“ACS: A mãe dela até conversa, mas é atrapalhadinha. Então você pergunta: Está bem? Está fazendo tratamento? Ela responde: Está. Mas não sabe onde e nem do que. Você só sabe que a criança não enxerga, não fala, não anda, não tem reflexo. Às vezes a gente até pergunta para a doutora, porque a gente não tem acesso a prontuário, né? Daí pergunta para a doutora. Ai, encaminhei para tal coisa, mas aí a mãe vai ficar perdida. Você encaminhou, mas ela não tem contato com o centro de reabilitação ou em outros lugares”.

Segundo Fortes e Spinetti (2004) na opinião de gerentes, médicos e enfermeiros pesquisados, o prontuário não deveria ser aberto ao ACS, pois conteria fatos sigilosos de atendimentos. O fato do ACS não ser um profissional ou técnico, submetido ao controle de órgãos reguladores profissionais, revelou incertezas e preocupações quanto à observação do princípio ético da privacidade das informações.

“Pesquisadora: Vocês não têm uma reunião de equipe ou uma discussão de caso com a médica que atende?

ACS: Era para ter.

ACS: Era para ser mensal”.

Notamos aqui que esta falha no cuidado compartilhado e na comunicação da equipe, é um dos motivos para que o devido acompanhamento e tratamento desta criança não aconteçam de forma efetiva. É responsabilidade do ACS orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis (BRASIL, 2012 p.49), mas é importante que haja um discurso mais coeso entre a equipe, pois uma das diretrizes da Atenção Básica é a articulação de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades (BRASIL, 2012 p.21-2).

Contudo, em uma equipe em que a ACS orienta seus pacientes da seguinte forma: “Eu sempre falo, chega na unidade e não fala nada além de perguntar: Minha agente está aí? Manda me chamar. Não pergunta nada para ninguém”; pode-se entender que naquela unidade

há pessoas agrupadas com funções fragmentadas, mas que não existe um grupo de trabalho, e menos ainda um trabalho em equipe.

A PNAB (BRASIL, 2012 p.22) objetiva um “trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe”.

Em uma equipe interdisciplinar cada saber tem sua importância numa relação horizontalizada. É responsabilidade de todos os profissionais realizarem trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (BRASIL, 2012 p.25).

Uma ACS conta sobre uma visita domiciliar com uma enfermeira: “ACS: Querendo ou não, se uma pessoa da enfermagem vai com você e você está ali presente, a dona da situação é ela, né?”.

Aparece novamente aqui a falta da rede e as funções hierarquizadas na equipe. Um trabalho solitário com cuidado não compartilhado, ações engessadas e paralisantes.

Porém, há relatos de ações proativas e com resultados satisfatórios:

“ACS: A gente não deveria fazer isso.

Pesquisadora: Mas como que foi feito nesse caso? Porque me pareceu um caso urgente mesmo.

ACS: Eu liguei. Eu liguei! E pedi a vaga.

ACS: A gente ligou para tudo quanto é unidade, entendeu?

Pesquisadora: Ligou para o agendamento ou ligou...

ACS: Para o agendamento.

ACS: E daí conseguiu mais rápido. Mas quem deveria fazer? Quem deveria ter feito? A chefe da unidade”.

Se o trabalho fosse em equipe e o cuidado compartilhado, e ainda mais em um caso grave, a responsabilidade de ligar para pedir a urgência da vaga não deveria ser exclusiva da chefia administrativa da unidade, pois certamente ela não é a pessoa com maior conhecimento do caso e que conseguiria justificar melhor a urgência. Na verdade, o próprio médico que fez o encaminhamento teria mais argumentos para dialogar com a regulação. Inclusive, segundo a PNAB (BRASIL, 2012 p.48), está atribuída à responsabilidade do médico encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles.

Infelizmente as falas mais recorrentes, citavam a “hierarquia”:

“ACS: Nós temos que passar para a enfermagem. A enfermagem que tem que passar para o administrativo. Tem toda uma hierarquia”.

A forte hierarquia presente nas categorias profissionais tem sido apontada como fator prejudicial na literatura. Uma organização interna das USF que valorize os diferentes saberes e práticas presentes na diversidade de funções desempenhadas é um aspecto fundamental (PERES et al, 2011). Entretanto, aparece uma relação ambígua, de gostar de desgostar da hierarquia, porque apesar dos ACS reclamarem do sistema atual, quando perguntados sobre a possibilidade de ter autonomia para ligar e buscar por vagas para famílias de suas microáreas, reconhecem esta ação como alheia a eles.

“Pesquisadora: Mas não seria melhor se o próprio agente pudesse fazer essas coisas. Ou não?

ACS: Não. Sobrecarregaria a gente.

ACS: E outra coisa, é o trabalho do outro, né.

ACS: Não é assim direto. Nem na secretaria aceitam.

ACS: A burocracia impede, entendeu?”.

“ACS: É. Mas como é um caso ou outro, eu acho que tem que ter sim uma pessoa responsável e que tenha autoridade mais do que nós também entendeu? Para estar resolvendo

o problema. Porque se não, poderia virar uma coisa rotineira, também, né? Ah... por exemplo, eu decido o que é urgente para mim, entendeu? Teria que ter outra pessoa para decidir junto...

ACS: Daí não precisa ter chefia”.

“ACS: Mudança tem que vir de cima.

Pesquisadora: Onde é “em cima”? (risos)

ACS: Da Secretaria da Saúde.

ACS: Do Ministério”.

A comunicação, construção e articulação em rede foram caracterizadas com grande fragilidade, apresentando-se falha no âmbito intersetorial, na rede de saúde, mas também internamente nas equipes. A análise mostra que as diferentes categorias profissionais da ESF cumprem suas funções específicas, nem sempre de forma satisfatória, e a falta de parceria deixa fragmentado, o cuidado ao paciente.

Ao exercer suas próprias funções, sem comunicação interna e cuidado compartilhado entre a equipe, os ACS sentem seu trabalho desvalorizado, devido à falta de devolutivas e encaminhamentos: dificuldade relatada com maior incidência sobre a rotina de trabalho. Não parecem se interessar em ter mais autonomia em algumas ações, o que reflete uma lógica hierarquizada de papéis e funções. Contudo, atribuem à função do outro profissional, a insatisfação com seu próprio trabalho, não se corresponsabilizando pelo processo.

Claro que o ACS não é o único responsável pelo descrito, pois quando falamos de processos de trabalhos, temos que incluir a outras categorias profissionais e gestores do serviço. Da forma que atualmente as ESF estão estruturadas, percebemos incompatibilidade com as políticas públicas vigentes e também um conflito ideológico com o funcionamento do CAPS, deste mesmo território. O trabalho do CAPS em fortalecer uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, visa a saída do local da especialidade para o território da pessoa, e a ESF continua buscando pelo encaminhamento aos especialistas.

Conhecendo melhor o funcionamento da ESF, e as dificuldades que não são restritas aos casos de saúde mental, é possível propor estratégias para que o processo de desencapsular

os usuários seja melhor sucedido. É preciso facilitar o contato entre os equipamentos e trabalhar na construção da Rede de Saúde e Intersetorial.

Quando o usuário está tendo alta do CAPS, no âmbito da saúde, seu técnico de referência costuma se articular com profissionais da UBS que este passará a se consultar com o psiquiatra. Muitas vezes falando com recepcionistas, por exemplo, para estes facilitarem o atendimento aos usuários quando estes levarem o encaminhamento para agendamento das consultas. O contato com a ESF é menos frequente, mas não deveria ser, já que consultas psiquiátricas acontecem pelo menos a cada dois meses, e o ACS está naquele território todos os dias. Se houvesse melhor acompanhamento de casos graves estabilizados, novas crises seriam menos frequentes.

Não é incomum os usuários, principalmente os que moram sozinhos desestabilizarem após algum tempo da alta. Geralmente eles relatam que não conseguiram agendar a consulta seguinte, ou controlar de forma correta a grande quantidade de medicações. Uma discussão de caso entre CAPS e ESF, e visita compartilhada para transferência de vínculo poderiam tornar o processo de desencapsulização mais efetivo.

De acordo com a leitura realizada sobre as falas dos participantes da pesquisa, percebe-se que houve o início da incorporação dos fundamentos da Reforma Sanitária, mesmo que de forma incipiente, por não haver trabalho em rede e nem cuidado compartilhado se quer entre os membros da própria equipe. A ausência das reuniões de equipe se desdobra em ações isoladas e agrupados de procedimentos, nos quais o indivíduo é dissociado da almejada integralidade. Com relação à Reforma Psiquiátrica, a situação fica mais distante ainda das políticas públicas vigentes, pois ainda é raro o reconhecimento da ESF como um dos locais possíveis para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais.

5.3 CATEGORIA TEMÁTICA 2: ACOLHIMENTO, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO DOS PACIENTES

Esta categoria temática aborda aspectos relacionados ao contato acolhedor, ou não, na ESF, às formas de vinculação e acompanhamento dos casos, e formas de orientações em saúde.

Acolhimento é um modo de receber ou de ser recebido, é ter consideração, hospitalidade, segurança, amparo, proteção, refúgio. Acompanhamento é seguir na mesma direção de algo ou alguém, é ir junto a alguém para proteger, agir em colaboração, é a assistência ou orientação dada por profissional a alguém sob seus cuidados. Orientar é conduzir num determinado sentido, buscar informação. As três palavras: acolhimento, acompanhamento e orientação, remetem-se à atenção, escuta, e cuidado nas relações.

No campo da saúde, acolhimento, enquadra-se no SUS como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo esta, o acolhimento "não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde" (MS, 2008).

Acolhimento, acompanhamento e orientação apareceram nas falas dos ACS logo no início do grupo focal quando estes foram questionados sobre o significado de ser ACS e sobre suas funções e rotinas de trabalho:

“ACS: O nosso trabalho é acolher as famílias. E esse acolhimento é tanto na unidade de saúde quanto no lar deles. Nosso trabalho é capacitar essas famílias e procurar visitá-las pelo menos uma vez por mês para saber como estão. E o que a gente faz nesse cadastro, a gente procura saber um pouquinho da vida da família, né?! A rotina deles, se tem alguma doença, se eles estão fazendo tratamento”.

“ACS: A gente deixa claro que a nossa unidade é diferenciada porque a gente tem esse tratamento especial com a família. A gente vai até a família. Em UBS, por exemplo, se eles não forem na UBS, ninguém nem fica sabendo da existência deles. A gente está sempre preocupado com as crianças, se estão bem, se estão tomando as vacinas. Sempre orientando quando tem diabéticos, hipertenso, se eles estão fazendo o tratamento”.

Já vimos em capítulos anteriores que é função do ACS fazer ao menos uma visita mensal para cada família de sua microárea, o que é contabilizado através de protocolo do Ministério da Saúde. No entanto, alguns pacientes necessitam de um número maior de visitas:

“ACS: Fora os que nós vamos duas vezes no mês, por causa de exame, por causa de risco. Se for mais risco a gente vai mais vezes. Se tem uma gestante de risco...algum caso de risco, a gente vai mais vezes”.

“ACS: Tem idoso que tem muita dificuldade com medicação, né?! Aí a gente vai orientando, sobre a receita, lembrando. Tem uns que tem muita dificuldade. Às vezes você desenha lá e mesmo assim eles têm dificuldade. A gente vai orientando nesse sentido”.

“ACS: Exemplo: remédio. Você vai e orienta a pessoa. Vê que ela faz uma bagunça e não está tomando direitinho. Daí você volta depois de uma semana e vê que ela começou a tomar tudo certinho. Pra gente é uma satisfação, porque está atingindo nosso objetivo, que é orientação. Que é ver a pessoa melhor. A pessoa não precisar ser internada. Isso é uma prevenção”.

Essas falas mostram ações de prevenção de doenças e agravos, que vão ao encontro de objetivos importantes da Atenção Básica. Segundo a PNAB “a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012 p.19). Abaixo vemos inclusive, apesar de parecer uma tentativa isolada e pouco frequente, a realizações de grupos na USF:

“ACS: Ver nossas pacientes aqui fazendo Papanicolau! É uma satisfação! (risos) Claro que é! Quando tinha grupo que a gente convidava várias pessoas. Vinham três, quatro... Não era tudo aquilo. A gente queria mais, mas era uma satisfação. Pelo menos a gente ajudava essas três, quatro pessoas”.

Quando discutimos o acolhimento na atenção básica, surge também o problema com atendimentos espontâneos, ou seja, casos não previamente agendados na USF, que como já discutimos é de base territorial. Ela deve ser “porta aberta/ porta de entrada”. A atenção básica “é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”. (BRASIL, 2012 p.19)

“Às vezes a pessoa tem uma necessidade. Teria que ir para o pronto socorro,né? Mas daí você sabe que tem gente que não tem dinheiro nem para a condução e daí vem passar aqui porque precisa. Aí dizem: hoje não é dia de tal coisa, e não atende. Começa lá de baixo. Tem como fazer um encaixe? Não, não tem! Aí todo esse mau tratamento, a gente escuta na rua. Eles descarregam na gente. Olha, eu fui lá. Fui muito mal tratada”.

Muitas vezes a pessoa precisa somente de um atendimento médico, mas não precisa de uma estrutura mais complexa como a do pronto socorro. A avaliação do ACS, que é o profissional mais próximo das famílias, deveria ter maior importância quando diz, por exemplo, que aquela família não tem dinheiro se quer para chegar ao pronto socorro. Além disso, apesar de frequente, não ser porta de entrada prioritária, é não seguir uma diretriz da atenção básica. As falas seguintes mostram outra falha na gestão, que é consequência de uma agenda engessada. Os ACS sempre se referiam à maioria dos médicos como “generalistas”, citando médicos brasileiros ou estrangeiros do Programa Mais Médicos; e em alguns casos, “clínicos”, referindo-se à especialidade de clínica médica. Em nenhuma das quatro USF, foi citado o “médico de família e comunidade”. Não há dados nesta pesquisa, para sabermos quais as especialidades dos médicos atuantes nas USF. Mas, podemos afirmar que a lógica dos atendimentos ainda acontece de forma fragmentada, procedimento centradas, e dividindo em especialidades e dias, os atendimentos que são realizados pelo mesmo médico.

“ACS: Quem deveria estar acolhendo as pessoas? Se tem que acolher, vamos acolher certo.

ACS: Eu vi uma cena aí: Tem médico? Não, hoje só tem G.O. (ginecologista e obstetra) aqui. Bom, para mim isso não é acolhimento.

ACS: Nós não temos G.O. Nós temos generalistas, que atende G.O., que atende pediatria... Hoje é dia do médico. Ele atende qualquer coisa.

ACS: Onde é a porta de entrada? A recepção. O acolhimento...”

Apesar das políticas públicas vigentes, em muitos lugares a atenção básica ainda apresenta um funcionamento ambulatorial. A palavra “encaixe” caracteriza nestes casos algo que não faz parte, mas pede para ser inserido. Infelizmente, muitos pacientes são dispensados sem passar por uma triagem ou avaliação de risco.

“ACS: Estou precisando de um encaixe. Hoje não tem encaixe! Nem pergunta o que a pessoa tem”.

A ESF tem função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF (MENDES, 2015). Contudo, problemas relacionados à falta de acesso ao atendimento na unidade, condutas incoerentes entre diferentes membros da equipe e a falta de acolhimento, prejudicam o vínculo e a construção do cuidado em saúde do ACS com as famílias.

ACS: É... conversa com o enfermeiro para ver. Faz uma triagem. Qual que é o problema? Precisa mesmo de urgência ou não? Dá para esperar? Eis a questão.

“ACS: O mesmo tratamento que eles têm aqui, nós temos nas casas”.

Estes relatos mostram que um bom trabalho de vínculo feito nas casas pelos ACS, muitas vezes não tem sua continuidade da unidade de saúde.

Com relação a casos de saúde mental, boas práticas foram relatadas em relação à continência desses usuários pela atenção básica. Contando sobre um usuário que foi desencapsulado, uma ACS fala:

“ACS: Na minha área também tem caso de saúde mental. Tem vezes que ele está em crise. Você tem que saber lidar. E como ele tem problema com a família, então ele quer que eu vá ajudar. Quantas vezes eu não saí daqui e fui conversar com a irmã dele, e daí ele já ficou com raiva de mim, já voltou a falar comigo, e assim vai. Então você tem que tentar amenizar. Tanto de um lado quanto do outro. E ele traz problema não só para mim, mas para a unidade. Você tem que saber controlar tudo isso”.

O CAPS costuma ter um processo de alta cuidada e acompanhada. O técnico de referência busca através do Projeto Terapêutico Singular, encontrar junto com seus usuários, atividades de interesse que se comuniquem com o território que esta pessoa vive, podendo ser por exemplo passar num médico, dentista, tomar vacina, fazer um curso de música, voltar a estudar, entre outras. O CAPS, funcionando na lógica da RAPS, tem um papel de articulação intersetorial para possibilitar a independência de seus usuários. Uma das diretrizes da RAPS

fala sobre o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. Assim como um de seus objetivos que busca garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Este caso relatado pela ACS, por exemplo, é um homem de aproximadamente 40 anos que se encontrava estabilizado, retomou sua independência em atividades de autocuidado, instrumentais e boa circulação pelo território. Sempre foi uma pessoa resistente à alta e muito demandante por atenção, sendo conhecido como “chato” ou “pegajoso” nos lugares em que ia fazer seus cursos. O CAPS por várias vezes foi requisitado, por exemplo, porque terminava o horário do curso e ele queria continuar conversando, e os funcionários tinham receio de, por exemplo, falar que estava na hora de ele voltar para sua casa. Podemos perceber que certa dificuldade de manejo deste caso, também é enfrentada pela ACS, que apesar de ter boas intervenções com ele e sua família, diz que ele traz problemas para ela e para a unidade. Mesmo assim, o caso tem sido tratado na atenção básica, utilizando a ESF e a UBS.

Em linhas gerais, podemos identificar, nas descrições acima, os princípios da integralidade da atenção, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, orientadas pelo Modelo Psicossocial de Cuidado (MS, 1998).

Os CAPS atuam como um dispositivo estratégico na conjuntura atual para a progressiva desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais (Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001). Entretanto, no objetivo de promover a Reabilitação Psicossocial, o PSF, por sua vez, serve como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e empoderamento (PAIM, 2001).

Além disso, há a premissa de que parte dos problemas de saúde mental não precisa ser direcionada a serviços especializados, podendo ser resolvida no nível primário pelas equipes

da ESF (NUNES; JUCA; VALENTIM 2007). Pensando no acompanhamento de transtornos mentais como acolhimento ao sofrimento, e não somente como o acesso ao psiquiatra e, conseqüentemente, à medicação, o que produz cronicidade nas ações desses trabalhadores, pois segue o modelo hospitalocêntrico e o especialismo, dificultando o estabelecimento de vínculo e a responsabilização dos profissionais (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Outro caso é descrito. Este, controlado apenas pela ESF. Uma mulher que se recusa a ir ao psiquiatra da UBS e ao CAPS, mas tem sido medicada e tratada na USF, atendendo à descentralização das ações:

“ACS: Mas ela não faz tratamento também. Ela toma medicação, mas ela não passa lá no CAPS.

Pesquisadora: Ela passa na UBS?

ACS: Não, aqui na unidade.

Pesquisadora: Ela passa aqui?

ACS: Sim.

Pesquisadora: Com o médico generalista? Ele prescreve os remédios que ela precisa?

ACS: Sim. Inclusive eu cheguei a conversar com a nora dela, com o filho para encaminhá-la. A enfermeira fez a cartinha, tudo, o encaminhamento, mas ela não vai. Não quer ir porque ela também fala que não tem problema. O problema do paciente é isso. Ele sempre se nega porque acha que é uma pessoa normal”.

Apesar da centralidade do trabalho dos ACS e seu importante papel na articulação de redes, favoráveis à integralidade, intersetorialidade e participação social, estudos sobre a prática dos ACS apontam tensões e dificuldades presentes em seu cotidiano (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016). Apareceram poucos exemplos de acompanhamento de casos com transtornos mentais pela ESF, e mesmo quando apareceram, como o citado acima, há diversas tentativas de encaminhamento para o CAPS, mostrando a atuação ainda incipiente de ações pertencentes à Reforma Psiquiátrica. Mesmo quando o cuidado é realizado de forma descentralizada, os profissionais de saúde não o consideram como um acompanhamento

eficiente. Além de dúvidas relacionadas a atuações profissionais dos médicos da USF ou psiquiatra da UBS sobre a prescrição de medicações:

“ACS: É, mas a doutora eu acho que... remédio assim que seja receita azul, ela nem pode passar.

ACS: Receita azul ela pode.

ACS: Pode?

ACS: Qual que é que tem que...?

ACS: Rivotril, Clonazepam, Sertralina...

ACS: Hum...

ACS: A outra lá que eu sempre esqueço o nome. Essas medicações ela até pode, mas outros tipos de medicação, só encaminhando para a psiquiatria.

ACS: Encaminha mesmo para a avaliação. Mas esses assim ela até pode trocar a receita.

ACS: O problema é esse, você só ficar trocando a receita, trocando a receita, trocando a receita, e não realmente jogando para cima para ver se é isso mesmo que a pessoa precisa”.

Consultar um especialista e continuar a gestão do cuidado na ESF é diferente de “trocar receitas”, diz respeito a um parecer técnico e continuidade do acompanhamento de forma longitudinal, com os profissionais que atuam diretamente no contexto de vida da pessoa. Além disso, diz respeito também à organização da demanda, filas e fluxos da saúde. Para Silva e Dalmaso (2002), é possível identificar a presença de duas dimensões na prática do ACS: uma técnica, relativa ao atendimento aos usuários, intervenções para prevenção de agravos ou monitoramento de grupos ou problemas; e uma política, vinculada à solidariedade com a população, considerando a inserção da saúde no contexto de vida das pessoas, e à organização da comunidade e transformação de suas condições de vida. Esta dimensão política pode trazer duas expectativas acerca do papel do ACS: que atue como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, e como fomentador da organização da comunidade, em uma ideia de transformação social. Esta reorientação do modelo de atenção à saúde aparece na fala da ACS sobre um homem de sua microárea que

acompanha com o psiquiatra da UBS, mas que em determinado momento ficou sem tratamento devido à falta deste profissional no município. Podemos notar, que apesar de se consultar com o especialista, os cuidados com a medicação injetável mensal, já era realizada na USF:

“Pesquisadora: Ele toma aqui a injeção?

ACS: Ele toma aqui. Então como o município deixa uma pessoa assim? E se eu não fosse na casa dele? E se não tivesse o agente de saúde? O que ele poderia fazer com a família? Ele poderia matar a esposa.

ACS: Ele fazia o tratamento na UBS. Não tiveram a preocupação de sair procurando. E se ela não fosse e não visse o quadro?”.

Neste diálogo aparece a cobrança que outra unidade de saúde, no caso a UBS, deveria fazer busca ativa de seus pacientes, e mesmo com falta de psiquiatras, deveria resolver a demanda das pessoas que se consultam lá. Neste caso a ACS se articulou com sua chefe e com a secretaria de saúde. O caso foi atendido e medicado na USF até que a situação na UBS fosse regularizada. Para Peres et al. (2011), mesmo reconhecendo as funções e limitações da ação do ACS, se a unidade se organiza de forma horizontal, havendo comunicação entre a equipe, a lógica do cuidado em saúde em um modelo biopsicossocial de atenção pode se tornar mais clara também para a população, e a prática dos ACS pode ser desempenhada com ênfase nos seus recursos para fortalecimento de vínculos e relação próxima com a comunidade. Em contraposição, outros casos do território das USF não recebem a mesma dedicação.

“Pesquisadora: E como que vocês fazem para atender esses casos de depressão ou de outros transtornos do território de vocês?

ACS: Na verdade para a gente já foge, né. Porque as pessoas que são assim, já são encaminhadas a um psiquiatra”.

Na maioria das vezes quando os ACS se remetiam a casos de saúde mental, estes não estavam estabilizados. Apareciam relatos de situações de crise ou casos crônicos sem tratamento. Por mais que os discursos sejam analisados em diferentes categorias, elas se relacionam. Os relatos a seguir mostram que casos de saúde mental identificados no território

não são tratados na USF e nem há uma articulação de rede entre a USF e CAPS para nestes casos, realizar uma abordagem compartilhada, ou o que chamaremos aqui, como uma dificuldade de enCAPSular. Ou seja, levar para o tratamento de CAPS, usuários graves que demandam um tratamento mais intensivo, supervisionado, cuidado, em um ambiente mais protegido, com o devido acompanhamento para que a pessoa melhore sua organização psíquica. Vale lembrar, que mesmo encapsulando / realizando o tratamento em CAPS, esta pessoa continua vivendo em seu território, mas em um primeiro momento o incentivo é para a adesão ao tratamento e atividade internas do CAPS, para esta pessoa criar recursos internos para depois ser desencapsulada e viver de forma mais autônoma.

Exemplificando a dificuldade de encapsular, vejamos algumas respostas à pergunta da pesquisadora: “Vocês podem contar de algum caso de saúde mental que vocês já atenderam? Alguma família com algum problema emocional?”:

“ACS: Tinha aquele na tua área, né?! Que foi para o pronto socorro”.

“ACS: Porque é fácil chegar aqui e falar assim para o enfermeiro: Deparei com o paciente assim, assim, assim. O que ele vai orientar? Conversar com a família e encaminhar para onde? Para o CAPS, mas aí a pessoa não vai. Você está entendendo?”

“ACS: Sabe aquele senhor que vivia na rua catando lixo? Aquele que morava no apartamento. Ele já trabalhou até. Ele é caso mental?

ACS: Ah... ele não é cadastrado?

ACS: Não é cadastrado.

ACS: Não é cadastrado”.

Segundo a (PNAB p.48) é responsabilidade do ACS cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados, mas condutas diferentes foram achadas no campo de pesquisa:

“Pesquisadora: Aquele senhor que vocês falaram assim: “ele não está cadastrado”. Ele é do território e não conseguiu cadastro?

ACS: Ele não pediu cadastro.

Pesquisadora: A família que tem que pedir o cadastro, é isso?

ACS: Sim. Porque essa pessoa não responde por ela. Porque ele mora sozinho e não responde por ele.

ACS: Ele não mora mais com a mulher. Quando ele estava morando com a moça, ele morava em outro prédio. Depois fez o que fez e ele voltou para um apartamento alugado, mas ele mora sozinho. Se a família não pediu, não tem como eu ir na casa dele e fazer”.

Há certo desequilíbrio entre o discurso e as ações. Os ACS falam de seu trabalho na USF como um diferencial da área da saúde, por ir à casa dos pacientes. Em diversas falas cobram que profissionais de outras unidades de saúde, como UBS, CAPS e até o Pronto Socorro fizessem busca ativa. Contudo, quando percebem que um caso de transtorno mental está desorganizado, não realizam a busca ativa e justificam o fato por um não cadastro, que é função da ESF fazer. A falha no cadastramento ocorre tanto na falta de busca ativa no território, deixando de cadastrar algumas famílias, quanto no preenchimento dos formulários, que segundo os ACS, são relacionados à residência e não permitem descrever informações de cada morador:

“Pesquisadora: Dentro do prontuário não tem nenhuma pergunta relacionada com questões emocionais?

ACS: Não.

ACS: Na SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) não tinha não.

ACS: Tinha. Usuário de droga tinha. Saúde mental não.

ACS: Agora no e-SUS tem... Mas é uma coisa muito vaga”.

Mostrando o SIAB e o e-SUS para a pesquisadora, as ACS explicam:

“ACS: Você coloca aqui, um exemplo, os dados da casa dela. Daí ela é a primeira das cinco pessoas que moram na casa. Eu vou colocar aqui o e-SUS dela, o período que eu fui, o prontuário, o cartão do SUS, a data de nascimento. Mas eu não tenho como colocar a data de nascimento de quem é usuário, de quem é gestante, de quem é... Não. Porque é uma pessoa só que entra por família. Então essa pessoa com problema mental, eu sei que naquela casa tem, mas eu não consigo especificar quem é.

ACS: Você foi à casa que tem pessoa que usa droga, pessoa com transtorno mental, você vai pôr o SUS de um lado, de quem te recebeu. Às vezes a pessoa não tem nada, mas você tem que colocar lá, que lá tem usuário de droga, isso e aquilo, mas não especifica quem é.

Pesquisadora: Porque isso é da casa e não é da pessoa, é isso?

ACS: Um desse por casa.

ACS: É. Esse é da casa.

ACS: Mas aqui eu vou colocar o SUS de quem me atendeu. Só que nessa casa eu posso ter uma busca ativa de vacina, hepatite, recém nascido, criança, diabetes... Aqui ó, está vendo? Família, pessoas com algum tipo de doença, aqui, saúde mental, pessoa usuária de álcool e de outras drogas. Eu não consigo especificar quem tem problema de saúde mental.

ACS: Eu só vou especificar que naquela casa tem. Então a gente faz um trabalho meio vago.

ACS: Sem pé nem cabeça(risos).

Pesquisadora: Esse papel é do Ministério ou da Prefeitura?

ACS: Do Ministério”.

O SIAB era um sistema (software), desenvolvido pelo DATASUS em 1998, cujo objetivo centrava-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Já o e-SUS Atenção Básica é o novo sistema que substitui o SIAB. Este oferece dois sistemas de software que podem operar desde uma UBS sem computador, com o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) a partir do uso de fichas até UBS com computador nos consultórios e salas de atendimento usando o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

No campo de pesquisa os ACS mostraram a ficha de cadastro do domicílio e ressaltaram a impessoalidade desta ficha. Contudo, mesmo a versão inicial do sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), contempla sete fichas de registro. São elas: ficha de cadastro do domicílio e dos usuários, de atendimento individual, de atendimento

odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar. Ou seja, existe uma ficha para cadastro dos usuários.

Essa lacuna do cadastramento encontrado no trabalho de campo, faz com que casos de saúde mental, não tenham acompanhamento com a devida atenção. Muitas vezes, o ACS responsável pela família não sabe quem, e nem onde fazem tratamento.

“ACS: É... Não gosto muito de falar desse assunto, né? Mas eles vão lá no CAPS e... infelizmente eles não gostam de conversar muito sobre o assunto não. Os dos autistas as mães falam mais, né? Mas os que já são adultos e tratam lá, não falam muito não. Só o básico mesmo. Existe um tabu em volta disso, né? As pessoas começam a tomar um remédio de receita controlada, já falam: aqueles remédios de louco lá”.

“ACS: Ele passa pelo CAPS já? Mas eu acho que... é o CAPS II? Não é o de alcoólico? Porque o dele é depressão, né? Eu acho que é no adulto, né? É. Ele está lá”.

“ACS: Então, eu tenho uma paciente que eu descobri por um acaso que ela faz tratamento. Ela tem síndrome do pânico, ela teve depressão e ela é esquizofrênica. Oito anos que eu estou aqui. Ano passado que eu descobri. Ela toma remédio controlado e ela nunca teve crise. Você conversa com ela, você não diz. Ela falou que na última crise que ela teve, estava na casa da irmã e foi internada. Viu as pessoas chegando lá onde ela estava e ficou com medo. Então ela disse que nunca mais ia parar de tomar remédio. Ela toma remédio e eu não diria. Eu converso com ela hoje e não parece.

Pesquisadora: Ela também se trata fora do município?

ACS: Ela se trata aqui”.

Os encontrados na literatura de pesquisas realizadas com ACS, assim como as políticas públicas vigentes, como a Política Nacional de Humanização do SUS, mostram o ACS preocupado com a escuta das queixas dos usuários e no compromisso com a orientação e acompanhamento, dando respostas às necessidades de saúde dos cidadãos. Com relação aos casos com transtornos mentais, não houve muitas falas relacionadas ao acompanhamento longitudinal. Mais grave que isso, foi percebido que estes não são acompanhados, porque muitas vezes não são vistos, por não estarem cadastrados, ou não são percebidos, por estarem

estáveis e seus tratamentos de saúde não aparecerem nas fichas devido à relevante falha no cadastramento dos indivíduos de uma família.

O acolhimento, acompanhamento e orientação realizados pela atenção básica têm aspectos para serem melhorados, como quase tudo no SUS, mas têm boas experiências. Nos casos de saúde mental seria fundamental este trabalho para a identificação precoce que permitisse intervenção antes da evolução da doença, e também para bom acompanhamento e adesão ao tratamento. Pensando nos casos de alta do CAPS, o acompanhamento pela atenção básica seria fundamental para o tratamento ter sua continuidade, assim como prevenir novas crises. Mesmo que estes casos sejam consultados na UBS pelos psiquiatras, servir de retaguarda para acompanhar o uso adequado das medicações, por exemplo, seria fundamental. As práticas em saúde mental, apesar de ter casos tratados na ESF, ainda estão distantes dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Desta forma, um melhor contato entre USF e CAPS, faz-se necessário para criar estratégias de atendimento compartilhado.

5.4 CATEGORIA TEMÁTICA 3: EDUCAÇÃO PERMANENTE

Esta categoria temática discorre sobre as estratégias de aprendizado e compartilhamento de conhecimento técnico relacionados à promoção de atenção à saúde mental.

Estudar é uma boa maneira de refletir sobre os processos de trabalho e a atuação profissional. O Ministério da Saúde por meio da portaria número 1996 de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ela considera a educação permanente como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Para Moraes e Dytz (2015) a educação permanente constitui um mecanismo capaz de produzir mudanças no perfil profissional e de motivá-los a implementar os princípios e as diretrizes do SUS, para o trabalho interdisciplinar, pautado na integralidade e na clínica ampliada; devendo acontecer a partir de problemas enfrentados na realidade e levar em consideração a vivência dos profissionais no seu cotidiano, pautada pelas necessidades de saúde das pessoas

e da comunidade, nas relações de trabalho, nos problemas e desafios. Tem como foco principal a transformação dos processos de cuidado, a partir da compreensão da grande complexidade dos problemas que perpassam esses serviços.

Durante o trabalho de campo, por muitas vezes os ACS falaram com descontentamento sobre o curso técnico em ACS, que nunca teve seus três módulos concluídos, e nem ao menos a entrega dos certificados do primeiro módulo:

“ACS: A gente nunca teve. Eu estou aqui há treze anos e nunca teve nada. E acima de tudo a prefeitura começa um curso e não dá continuidade. Aí você fica parecendo bobo. Você vai lá faz uma parte... Ah, não vai ter mais, vai ter, não vai ter. Daí entram mais ACS e você tem que fazer de novo a primeira parte”.

“ACS: A gente fez um curso. São três módulos, a gente só fez o primeiro. E para ter o técnico em agente comunitário tinha que fazer os três módulos. Ainda está pra sair o próximo, a gente não sabe quando”.

“ACS: Então, tem que esperar eles primeiro fazerem o primeiro módulo para depois todo mundo fazer o segundo”.

Tal queixa, aparece também na literatura, de acordo com o estudo de Nunes et al. (2007), em entrevistas realizadas, muitos dos trabalhadores criticaram os cursos rápidos aos quais tiveram acesso e que, segundo eles, não preparam efetivamente para o manejo do paciente psiquiátrico.

A lei nº 10.507, de 2002, definiu a necessidade de ensino fundamental completo para o cargo de ACS. O conteúdo em saúde seria responsabilidade do Ministério da Saúde que o ministraria por meio de um curso de 1200 horas a serem ofertadas em quatro módulos. A primeira qualificação profissional básica foi realizada em 2004 pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), por intermédio da Secretaria de Gestão de Trabalho e Saúde (SGTES). De acordo com Melo, Quintão e Carmo (2015), somente Tocantins e Acre concluíram integralmente essa formação. Na maioria dos estados só foi oferecido o primeiro módulo.

Nos estados, esse programa fica sob a responsabilidade da Rede de Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS (RET-SUS). A RET-SUS,

instituída pela Portaria n 1.298, de 28 de novembro de 2000 e atualizada pela Portaria n 2.970, de 25 de novembro de 2009; (MELO; QUINTÃO; CARMO, 2015).

De acordo com o Referencial Curricular Técnico de Agente Comunitário de Saúde (RCT-ACS), a formação desenvolver-se-ia em três etapas conforme o que se segue:

Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 400 horas.

Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas.

Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas.

A prática profissional deveria ser incluída na carga horária de cada etapa. O estágio supervisionado, quando necessário, seria acrescido à carga horária do curso e seu plano deveria ser explicitado. (Brasil, 2004). (TXO PROJ ACS)

Sem uma capacitação técnica, alguns procuram informações de acordo com os próprios interesses e demandas:

“ACS: A gente só fica sabendo das coisas se a gente for atrás”.

“ACS: Só o que a gente mesmo lê sobre o assunto”.

“ACS: Da minha área tem uns quatro autistas. Eu sei alguma coisa que leio”.

“ACS: Eu sei aquilo que eu fui pesquisar no google. A enfermeira não tem tempo”.

Os profissionais da ESF ao relatar sobre tratamento dos pacientes psiquiátricos, em geral apontam para o limite e a quase inexistência de ações de saúde mental no âmbito da ESF. Apesar de o discurso indicar certa mudança na visão de mundo associada ao processo saúde-doença-cuidados, no campo das práticas, a fragmentação ainda parece muito presente. A despeito do estreitamento da relação entre mente e corpo, há um reconhecimento da ausência de recursos operacionais e teóricos na ESF para lidar com a saúde mental. Em linhas gerais, o que chama a atenção é a inexistência de uma “estratégia” no âmbito da ESF para lidar com a saúde mental, uma estratégia que contemple ações de promoção, de comunicação e educação em saúde, de práticas coletivas, além das individuais (NUNES, et al. 2007).

Pela característica multidisciplinar de equipe e pelos múltiplos recursos existentes no território as intervenções podem ser direcionadas conforme uma visão integral do sujeito. No entanto, muitas vezes os profissionais da ESF não se sentem capacitados para a atuação na área de saúde mental e, por isso, é importante que sejam acolhidos em seus anseios, capacitados e apoiados por profissionais que lidam especificamente com esta área (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). A existência da reunião de equipe poderia ter papel importante para a educação permanente.

“ACS: É uma coisa que a gente sente falta. Porque se você perguntar hoje pra mim: O que é febre amarela? Não sei.

ACS: Mas também isso explodiu de uma hora para outra, né? Nem deu tempo para uma preparação. Foi tão bagunçado esse negócio de febre amarela, que até mesmo as técnicas de enfermagem estavam perdidas, porque cada semana vinha uma informação: pessoas que usam bombinha não podem tomar vacina, na outra semana podia, não pode intercalar uma vacina com outra, agora pode, mulher que está amamentando não pode, depois podia... Não tem mais aquela preparação para nenhum funcionário. É isso que você vê. Você está jogado. Acabou”.

Segundo França (2016), a educação permanente é considerada uma estratégia apropriada para trabalhar o modelo de vigilância da saúde, uma vez que possibilita a articulação entre a gestão, a atenção em saúde e a formação para o enfrentamento dos problemas encontrados no território, acontecendo de forma sistematizada com discussões teórico práticas que fazem parte da própria rotina de trabalho.

Quando os ACS eram perguntados sobre o que gostariam de saber sobre saúde mental, responderam: palestras motivacionais e informativas, relacionamento para melhorar ambiente de trabalho, tipos de doenças, se tem níveis de doenças, alcoolismo, drogas, como lidar com casos de saúde mental, como é o atendimento do CAPS (Não precisa de encaminhamento? Não tem fila de espera? Com quem são os grupos? Fornece medicação?).

Existe uma manifestação do desejo de se qualificarem para esse tipo de manejo por duas razões igualmente importantes: pelo sentimento de estarem descumprindo a ética do cuidar ao não saberem como o fazer, ou pela angústia provocada ao defrontar-se com situações humanamente e afetivamente exigentes. A maioria desses profissionais se sente

despreparado para o manejo com pessoas com transtornos mentais, o que gera sentimentos de impotência e frustração (NUNES, et al. 2007).

A RAPS tem como uma de suas diretrizes, a promoção de estratégias de educação permanente, e como um de seus objetivos específicos, promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.

O CAPS tem papel articulador da rede, mas o contato ainda é maior com as UBS e equipamentos da Promoção Social, Cultura e Esporte, do que com a ESF. Através desta pesquisa, pode-se observar o quanto este contato praticamente inexistente. É possível perceber um empenho dos profissionais do CAPS no trabalho de Reabilitação Psicossocial, no qual através das atividades de estudo, lazer e esporte, os usuários são incluídos socialmente. Contudo, existe certa limitação para “desencapsular”, pois enquanto o usuário é acompanhado pelo CAPS, o técnico de referência acompanha de forma próxima estes processos de vida cotidiana, incluindo até atendimentos no território para realizar a inscrição da atividade pretendida. Mas quando chega o momento da alta do CAPS, há uma falha na transferência da gestão do cuidado.

A parceria entre a equipe de atenção básica e a de apoio especializado em saúde mental ocorre principalmente por meio do apoio matricial. Segundo Campos e Nascimento (2007), este se constitui como uma metodologia de trabalho complementar ao sistema hierarquizado de referência e contrarreferência, pretendendo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

A expressão apoio matricial é composta por dois termos, sendo matricial a possibilidade de sugerir que técnicos de referência e especialistas rompam com a lógica clássica do funcionamento dos sistemas de saúde, baseada na hierarquização. Apoio é um termo que sugere a maneira de operar relações horizontais, construindo linhas de transversalidade com uma metodologia que ordene a relação entre profissional de referência e especialista com base em procedimentos dialógicos e não em autoridade (CAMPOS; NASCIMENTO, 2007).

O apoio matricial poderia gerar mais segurança dos ACS na atuação junto a casos de saúde mental.

“ACS: Aí querem cobrar um serviço da gente sem nunca ter tido uma orientação, um treinamento. Eu nunca trabalhei com pessoas com problemas psicológicos, nunca trabalhei assim de entrar de casa em casa, então eu trabalho da minha maneira, do meu jeito”.

“ACS: Seria interessante a gente ter um curso sobre saúde mental sim! Não é verdade? Porque a gente age da maneira como a gente acha que é o certo, mas às vezes não é”.

“ACS: Então, esse rapaz que ela está falando, quando eu fui fazer o cadastro ele falou: Depois que eu fizer o cadastro, eu não vou voltar mais para as drogas. Eu falei: Que eu saiba, quem é esquizofrênico não usa droga, ou é só esquizofrênico, ou é só usuário. Eu acho que você está arrumando uma desculpa para você usar. Ele não fala mais comigo, daí toda vez que ele precisa se reportar a mim para alguma coisa, ele pede para o pai”.

“ACS: A família quer a orientação, mas nós não temos a orientação necessária para dar para o familiar”.

A aproximação entre os campos não compele à obrigatoriedade de que os técnicos da atenção básica realizem ações que estejam além das suas competências profissionais, mas se trata de descobrir as potencialidades de cada sujeito/ profissional, permitindo uma ação compartilhada e corresponsável (JUNIOR et al., 2010).

A proposta do apoio matricial é a contribuição de conhecimentos e a prática conjunta das ações, com o envolvimento de diversas categorias para a discussão e construção de projetos terapêuticos para casos considerados complexos (CAMPOS; NASCIMENTO, 2007). Não se pretende constituir em uma relação hierarquizada, mas em troca de saberes em que todos saem ganhando. Por isso, é preciso romper com a lógica de encaminhamentos ainda presentes nos serviços, pois esta é antagônica à postura de se corresponsabilizar pelo cuidado. A figura central do matriciamento é o sujeito, é para ele que todas as ações devem convergir (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Neste sentido, assim como a capacitação técnica em ACS e a implantação de reuniões de equipe nas USF, o matriciamento vem ao encontro da educação permanente, que segundo (BRASIL, 2009) deve ter como ponto de partida o processo de trabalho e o protagonismo dos profissionais. Deve ocorrer, portanto, por meio de práticas pedagógicas problematizadoras, com vistas à aprendizagem significativa. Tanto a literatura quanto o trabalho de campo, mostraram praticamente a inexistência de formação técnica em saúde mental, pois esta

especificidade não aparece no módulo básico do curso técnico em ACS e a maioria dos estados não deu continuidade à formação. Outra forma de educação permanente seria a realização da reunião de rede intersetorial do território, que promoveria aproximação entre equipamentos e profissionais, fortaleceria ações das equipes e transformaria práticas por ter como pressuposto para sua realização, uma pedagogia centrada na resolatividade de problemas e sendo realizada dentro do ambiente de trabalho, constituindo-se em responsabilidade da instituição que o profissional presta seus serviços.

5.5 CATEGORIA TEMÁTICA 4: RESPALDO, RECONHECIMENTO E ESTRUTURA

Esta categoria temática reflete sobre estruturas físicas e psíquicas, e sensação de (in) segurança na execução do trabalho. Tais temas permeiam sentimentos individuais, e construções coletivas de uma categoria profissional.

Seguindo o conceito de descentralização do SUS, e lembrando que 30% do território de Itapevi é coberto por ESF, estas unidades estão localizadas na área periférica do município. Com relação à estrutura física das unidades, não houve queixas, e inclusive algumas delas estão instaladas em prédios novos ou recém reformados. Com relação a materiais não duráveis, pode-se dizer que a falta destes, afeta a rotina de trabalho:

“ACS: Para mim a pior parte do trabalho é material. Fui fazer um cadastro até agora não fiz o prontuário da mulher porque não tem cola, não tem prontuário, não tem nem o cartão do posto. Olha o nosso cartão aqui. É impresso. A gente improvisou. Imprimimos para a pessoa poder passar com o cartão. Entendeu? De folha de sulfite”.

“ACS: Busca ativa de tuberculose. Tem uma meta. Tem que bater aquela meta porque eles estão precisando. Mas não tem nem aquele negócio de enfiar na boca”.

Tecnicamente não seria difícil gerenciar melhor os materiais de papelaria. Já com relação aos materiais para campanhas de prevenção, talvez seja necessário a gestão do município avaliar o incentivo à prevenção de doenças graves, como câncer de mama e próstata, que tem grande incidência na população e custo oneroso de tratamento:

“ACS: Quando teve outubro rosa, novembro azul, a gente fez vaquinha e tal. Fizemos uma festinha. Convidamos todo mundo. Deveria ter apoio da prefeitura para isso. A gente tem que tirar do bolso para fazer qualquer coisa. Eles não mandam nada”.

As falas abaixo demonstram a falta de equipamentos de proteção individual, ou seja, aqueles que protegem a saúde do profissional:

“ACS: Tem área que é de risco. Tem repelente para enfermeira, tem para gestante, mas não tem para ACS. A área que a maioria trabalha aqui é mata. Não tem repelente para agente comunitário. Tem mosquito, tem aranha, inseto e não tem nem uma bota. Disseram que ia chegar e até hoje não chegou”.

“ACS: Eu mesmo já reclamei. Preciso de uma bota. Eu trabalho entrando no mato mesmo, descendo barranco, vou em tudo que é canto. Já pisaram em cobra, já pisaram em tudo e nunca teve esse retorno do material. Desde que entrei falei pra eles. Ontem mesmo falei: preciso de um repelente. É mata mesmo, tem macaco”.

Todos estes fatores colaboram para a desmotivação dos ACS. Entretanto, não são os aspectos referentes à estrutura física que parecem gerar maior desconforto, mas sim, aspectos relacionados à estrutura psíquica, resiliência e formas de enfrentamento de dificuldades:

“ACS: Às vezes a própria equipe está desmotivada, ou então tem o apoio de um, mas não tem de outro da própria unidade”.

“ACS: Não se preocupe não. É daqui pra pior. A gente não pode trabalhar dessa maneira. Tem que pensar em dias melhores. Eu acredito em pessoas melhores”.

“ACS: Peão não tem importância. Mas quem trabalha são os peões. Se não tivesse peão, não tinha chefe”.

Há ambivalência entre a valorização e desvalorização dos ACS e sua participação na construção do modelo assistencial. Ao mesmo tempo que discorrem sobre a relevância do ACS como “elo” ou “ponte intermediária” e seu potencial para construção de um vínculo de confiança entre a população e o sistema de saúde, questionam a real importância de seu papel a partir de elementos do cotidiano tais como a pouca valorização da comunidade, cobrança de resolutividade vivida na relação com a comunidade e na hierarquia sentida nas relações profissionais, ou os baixos salários (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016; SANTOS et al., 2011).

O aspecto financeiro apareceu em relação ao salário, mas também com a insegurança de não saber quando iriam receber por ações realizadas em horas extras ao expediente. Surgiu um sentimento de “estar sendo enganada”:

“ACS: Quando vamos receber o dinheiro da dengue? Receber o dinheiro da vacina da febre amarela?”

“ACS: Até hoje não veio o certificado do curso que nós fizemos. É um desrespeito muito grande”.

Para o ACS, o reconhecimento do trabalho está frequentemente ligado ao olhar do outro sobre ações realizadas:

“ACS: Eu acho agradável quando a pessoa vê que você é útil. Nossa, ela veio aqui! Ela conversou comigo! Ela se importa comigo! Você vê aquele brilhaço no olhar da pessoa, é agradável para mim. É bem agradável”.

O reconhecimento acontece necessariamente pela visão dos outros, e não pela visão de si mesmo. Estes “outros”, frequentemente estão na esfera do trabalho e compartilham cultura e valores. Isso significa agir para fazer sentido a si mesmo e aos outros, ou pelo menos aos olhos dos outros (CAILLÉ, 2008).

A questão do reconhecimento coloca-se como aspecto central na experiência dos ACS. As falas abaixo explicitam isto, pois quando a pesquisadora perguntou sobre o significado da profissão, ou seja, a identidade profissional, os ACS responderam discorrendo sobre a falta de reconhecimento.

“Pesquisadora: O que significa ser agente comunitário de saúde para vocês?

ACS: Sofrer. (risos)

ACS: Não ter reconhecimento também. Tanto da prefeitura, como da população.

ACS: Da equipe. Da própria unidade. Da secretaria”.

Honneth (2003) sugere a ideia de que, somente por meio das relações intersubjetivas, os sujeitos constituem e consolidam suas capacidades. Na fala abaixo, a ACS coloca em dúvida sua capacidade profissional por conta do desfecho do paciente:

“ACS: Você não tem o respaldo nem por parte do município e nem por parte do paciente, às vezes. Porque você tem um paciente diabético, hipertenso... Você vai lá, conversa, mostra. Você está tomando medicação? Estou! Dali 10 dias está internado no pronto socorro porque não fez nada daquilo que você falou. Daí você pensa: ou eu sou uma péssima ACS, ou a pessoa que é muito turrone e não fazia aquilo que estava sendo pedido”.

Podemos perceber que a ACS se mostra diretamente afetada com a má condição de saúde do paciente. Para Mattos (2009) no mundo do trabalho contemporâneo, cujas políticas indicam o caráter precarizador das atividades laborais, as pessoas excluídas, como muitas vezes os ACS se sentem, são atingidas exatamente em sua autoimagem e, por consequência, se veem afetadas em sua autoestima, autoconfiança e autorrealização.

A palavra “respaldo”, como vemos na fala abaixo, remeteu-se a itens de articulação de rede, tema já discutido na categoria temática um.

“ACS: Um transvaginal demora dois anos, três anos para uma paciente fazer. Tudo isso vai deixando a gente meio transtornada com o trabalho. Não tem feedback, não tem retorno, não tem respaldo”.

Com relação ao “respaldo” no atendimento de casos de saúde mental, segundo Junior et al (2010), os CAPS, como a referência especializada em saúde mental no território, têm uma função especial, mas é na esfera do PSF que os mais sensíveis problemas de saúde mental afloram. Por isso, essa dimensão assistencial deve ser potencializada. A articulação entre saúde mental e o PSF passa pela construção de vínculo e apoio matricial, produzindo uma potencialização para ambas as partes. Zerbetto et al. (2011) afirma que o matriciamento objetiva oferecer suporte ou retaguarda especializada. Tal modo de trabalho rompe com os modelos hierarquizados predominantes no SUS, como os mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. O PSF deve ter o CAPS como parceiro significativo.

“ACS: Seria bom se pudesse ter grupo aqui nas unidades. Cada unidade ter um grupo”.

“ACS: Se aqui tivesse uma equipe multidisciplinar, seria ótimo. Igual tem em USF no centro de São Paulo. Sonhos! Nossa! Como eu queria trabalhar nesse lugar”.

Pensando na estrutura de acesso ao SUS, os ACS que o utilizam, sofrem os mesmos problemas que as famílias que acompanham. E por algumas vezes surgem falas incoerentes com a diretriz de equidade do SUS:

“ACS: É complicado. Acho um absurdo. Eu acho que como uma empresa, nós funcionários públicos, deveríamos ter o SUS como um convênio, com médico, exame. A gente trabalha para a área da saúde. Precisamos estar bem. Todo mundo é igual, todo mundo precisa, isso, aquilo, mas eu acho que tem que ter uma visão mais para gente... como funcionário”.

Pensar o SUS priorizando o funcionário da saúde, como um convênio, significa não respeitar suas diretrizes. Mas ainda falando sobre equidade, ACS de diferentes unidades relataram que quando doentes e incapacitados para o trabalho, não podem ser atestados pelo médico da unidade em que trabalha. Destaca-se que este procedimento corresponde a uma infração ética grave, pois se o ACS mora naquele território, tem o direito de ser atendido na unidade de saúde mais perto de sua casa. Da mesma forma que não devem ter privilégios, os funcionários da saúde também não devem ter ônus:

“ACS: Não tem médico para cuidar da gente.

ACS: Se a gente ficar doente, os médicos daqui não podem dar atestado para nós.

Pesquisadora: Como funciona isso? Porque vocês moram na região que vocês trabalham.

ACS: Sim. Então! Isso daí é burocracia da nova administração.

ACS: Proibiram os médicos daqui de atestar a gente. Se a gente está doente, tem que trabalhar doente.

ACS: Você mora onde? Tem que passar onde? Na unidade do seu bairro”.

Segundo o Ministério da Saúde (2011) dentre os novos desafios encontrados nessa inserção dos profissionais está a estruturação de vínculos e, com isso, a abordagem do sofrimento emocional dos pacientes, suas famílias e comunidade. Cuidar do sofrimento psíquico, lidar com os aspectos subjetivos do adoecimento, mental ou não, representa uma área em que a maior parte dos profissionais se sente insegura. Essa insegurança nasce não apenas do desconhecimento técnico, mas também de visões preconceituosas e

estigmatizantes, da presença de fenômenos mentais dos profissionais tais como a identificação, a transferência e a contratransferência que são vividos como aspectos difíceis na relação com o sofrimento emocional e que normalmente surgem nas pessoas nessas situações enfrentadas pelas equipes.

“ACS: Seria bom terapia em grupo, alguma coisa que pudesse ajudar você no seu psicológico, pelo menos. Porque para você ajudar uma pessoa problemática, você também precisa ter o seu psicológico fortalecido”.

“ACS: Tem situações que você vê, os olhos chegam a encher d’água. Você se segura porque tem que ser forte. Você tem que passar alguma coisa para o paciente, que não seja aquilo: Ai, nossa, vou chorar aqui com ele. Ou, vou viver a dor dele. Até porque você não fica bem psicologicamente”.

“ACS: E tem muito funcionário que está sendo afastado por problema psiquiátrico”.

“ACS: Então, é um trabalho de sofredor”.

“ACS: Uma vez por mês deveriam fazer uma reunião com a gente e um psicólogo para conversar”.

“ACS: Porque assim, a pessoa está lá com esse problema e precisa de um psiquiatra. Você vai atrás disso pra ele. Mas no caso você também está precisando porque ele te afetou. De alguma maneira o seu psicológico já está acabado. Mas você tem que ser forte. Mais forte do que tudo, para ajudar ele”.

Segundo o Ministério da Saúde (2011) um dos papéis mais importantes dos matriciadores de saúde mental consiste no apoio às equipes da ESF. Não estamos nos referindo a apoiar terapeuticamente esses profissionais, mas sim a apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento das equipes e seus membros. Esse apoio é necessário por diversas razões. As equipes de saúde da família estão submetidas a alto grau de estresse. Por isso, elas vêm apresentando um índice surpreendente da síndrome de esgotamento no trabalho (burn-out), que se manifesta por várias formas de adoecimento dos profissionais que nela trabalham, inclusive no âmbito emocional. Também as equipes desenvolvem processos de trabalho novos, para os quais muitas vezes não foram formadas, o que contribui para sua insegurança.

A articulação em rede e educação permanente, preconizadas pelo SUS, e já discutidas neste trabalho, poderiam minimizar os fatores relacionados à falta de reconhecimento. Além

disso, é preciso que os ACS tenham os mesmos direitos à saúde que as famílias que eles atendem.

5.6 CATEGORIA TEMÁTICA 5: MEDO

Esta categoria temática aborda o “medo” em duas vertentes. A primeira relacionada à construção histórica e estigma da periculosidade das pessoas com transtornos mentais, que estava entre as hipóteses iniciais deste estudo como fator que poderia dificultar o contato entre o ACS e usuário. E a segunda relacionada ao medo que emerge das falas dos trabalhadores ACS por residirem no mesmo território de atuação profissional.

O medo, segundo Damásio (1995), é uma emoção básica e resposta natural em situações de perigo. Trata-se de uma perturbação angustiosa perante um risco ou uma ameaça real ou imaginária. A discussão sobre o medo permite abordagens muito distintas. Delumeau (1989) conceitua o medo como uma emoção básica, como um componente básico da experiência humana. Em um sentido estrito do termo, o medo é concebido como uma emoção-choque devido à percepção de perigo presente, real ou construída, que ameaça a preservação, física e/ou emocional, daquele indivíduo. Provoca, então, uma série de efeitos no organismo que o tornam apto a uma reação de defesa.

O medo em relação aos transtornos mentais aparece em pesquisas de percepção pública. Estas apontam que são frequentes as reações negativas como medo e antipatia, dirigidas a esse grupo, especialmente em relação à esquizofrenia. Verifica-se ainda uma tendência da população geral em considerá-los “imprevisíveis” e “perigosos”, incitando o desejo por distanciamento social, tornando-os alvo de estigma e consequente discriminação social (RIBEIRO, 2005).

Já vimos que antes da reforma psiquiátrica, o único tratamento possível para os casos de saúde mental, era em modelo asilar. Essas pessoas eram retiradas da sociedade e de suas casas, ficando nos hospitais psiquiátricos. Hoje, com a descentralização dos atendimentos seguindo o preconizado pelo SUS e ESF, o trabalho do ACS é o inverso: o profissional de saúde vai à casa do doente.

A mistificação ao redor dos casos psiquiátricos ainda é presente na sociedade. Carregados de estigma, nos noticiários, filmes e novelas costumam aparecer aspectos

relacionados à crise, violência e crimes. A sociologia descreve uma forma de preconceito e discriminação chamada de estigma estrutural. Para Hill (1988) o estigma estrutural é formado a partir de forças sociais ou políticas bem determinadas e está representado nas ações e mensagens de instituições privadas ou governamentais que restringem as oportunidades dos grupos estigmatizados.

Segundo Goffman (1988), o termo estigma surgiu na Grécia, e era utilizado para nomear marcas ou sinais corporais que evidenciassem algo extraordinário ou ruim sobre a moral das pessoas que os apresentassem, denunciando que os possuidores de tais sinais eram criminosos, escravos ou traidores e, por isso, deviam ser publicamente evitados. Atualmente, o estigma é considerado um fenômeno complexo e inclui, além de marcas corporais, características e atributos subjetivos. Assim, Goffman (1988) define o estigma como uma relação entre atributo e estereótipo, sendo o atributo profundamente depreciativo e fundamentado nas representações sociais que as pessoas têm de determinados fenômenos.

Gattaz (1998) reflete sobre a percepção pública e as consequências na prática social contra indivíduos portadores de doenças mentais, afirmando que a estigmatização do doente mental é o maior obstáculo para sua reintegração social. Ainda cita um estudo histórico-antropológico (MONAHAN, 1992), o qual conclui que a crença de que as doenças mentais estão associadas à violência é historicamente constante e culturalmente universal.

Thornicroft et al (2007) afirmam que o estigma é formado essencialmente por três elementos que contribuem para sua existência e persistência: ignorância, preconceito e discriminação; o que condena os casos de saúde mental a um quase inevitável círculo vicioso de marginalização, alienação, pobreza e exclusão social. Corrigan et al. (2005), expõe que a mídia corrobora com esse estigma quando promove mensagens estereotipadas, preconceituosas e/ou discriminatórias sobre os transtornos mentais e seus portadores.

Guarniero et al. (2012) coletou durante o ano de 2011, por meio de busca na internet em sites de jornais e revistas semanais de grande visibilidade, as reportagens, editoriais, textos de blogs e colunas que apresentassem as palavras “esquizofrenia/esquizofrênico(a)”. Encontrou 184 registros elegíveis, sendo que 69 (37,5%) pertenciam à categoria de ciência e saúde; 56 (30,4%) encaixavam-se nos registros de crime e violência e 59 (32,6%) usavam a esquizofrenia como metáfora com significação de contraditório, insano, incompreensível. Desses 184 textos, apenas 13 (7%) apresentam o paciente de maneira neutra ou positiva.

A Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil, busca modificar essa visão estereotipada em relação aos portadores de transtornos mentais e os processos de cuidados propostos a esta população, para compreender este processo dois pontos são de suma importância: a centralidade nas estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, um novo lugar para a loucura; e o fortalecimento dos serviços substitutivos que segundo Amarante (2009), são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado a população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial, onde o manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos (MELLO, 2012).

Porém, mesmo com o processo da Reforma Psiquiátrica, muitos destes estigmas se mantêm, pois como já discutido, aspectos relacionados à falta de articulação em rede, educação permanente, a falta de respaldo aos diversos profissionais de saúde que passam a abranger o cuidado deste usuário com transtorno mental, reforçam a manutenção deste pensamento. Essa somatória gera um tratamento pelos ACS, a esses usuários, embasado no senso comum vigente da construção social, e a reprodução do comportamento intrínseco socialmente, como pode ser observado no conteúdo avaliado através dos relatos destes:

“ACS: São pessoas que ficam perigosas”.

“ACS: Não chegava muito perto dele não. Porque ele era agressivo até com a própria mãe. Tanto que quando eu batia na porta da casa dele, a mãe dele encostava a porta. Ela abria a porta pra mim, mas ela que saía pra fora pra conversar. Ela falava comigo na porta. Ela não deixava ele se aproximar”.

“ACS: Às vezes tem umas pessoas que eu tenho um pouco de receio quando eu vou lá e só está ele. Nunca entro lógico. Mas a gente conversa normal. Ele me respeita. Eu respeito e pronto”.

Infelizmente, são comuns as reações de raiva e medo em relação às pessoas com transtornos mentais, que resultam em comportamentos de evitação e diminuem as iniciativas de ajuda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Apesar do estigma, medo e preconceito com os casos de saúde mental, e principalmente com os de esquizofrenia, pesquisas mostram que o uso de álcool e outras

drogas e o transtorno de personalidade antissocial, estão mais relacionados com risco de violência; diferença que não ocorre entre casos de psicose e população em geral. Não há diferença na prevalência da violência em doentes mentais sem abuso de substâncias, comparados com a população geral. O risco de violência em indivíduos da população geral com abuso de álcool ou drogas foi duas vezes maior do que em pacientes esquizofrênicos sem abuso (MONAHAN; STEADMAN, 1983).

Já discutimos também sobre a falha no cadastramento e identificação de casos de saúde mental, e a maior visibilidade que os casos em crise ganham. Porém situações de crise em saúde mental, devem ser controladas no CAPS, pronto socorro, ou se necessário, internação de curta permanência em hospital geral. Ações de educação permanente poderiam auxiliar a identificação do início de crises, assim como em algumas condutas para o ACS não se colocar em situação de risco, como as descritas abaixo:

“ACS: Não era cadastrado. Ele surtava, pegava arma. Agora está mais tranquilo. Está tomando o medicamento direitinho”.

“ACS: Então, na minha área eu já tive pessoa assim. Até quando eu cheguei aqui. Um pouquinho antes de chegar aqui parece que ela tinha até agredido uma agente comunitária. Antes de eu trabalhar. Medo. (risos) Mas para mim foi tranquilo abordar a família.

Pesquisadora: Você conseguia conversar com ela e fazer normalmente o que você faz nas outras casas?

Sim. Primeiro eu comecei devagar, né. Se ela fez isso com uma pessoa, poderia também fazer com outra, né?”.

“ACS: De repente, ela enlouqueceu, começou a gritar, me expulsou da casa dela. Eu fiquei assim parada. Ela com o negócio quente, fazendo café... Eu pensei: Pronto, agora vou ser queimada. Ela começou a gritar comigo, começou a gritar com a filha dela, começou a falar um monte, um monte de palavrão... Então assim, às vezes você vai na casa da pessoa, ela te trata normal e depois muda”.

“ACS: Porque eu fui fazer uma visita na casa dela, de rotina. E na primeira vez que eu tinha ido, não tinha me dado problemas. Eu sabia que ela tomava medicação, mas até aí, tudo bem. Da segunda vez também não. Da terceira vez que eu fui, estava eu e minha colega de

trabalho. Minha colega sentou na cadeira e ela começou a conversar comigo. E de repente, do nada, ela começou a falar das alucinações que ela tem. Daí que a ficha caiu, qual o tipo de transtorno que ela tinha. Ela é esquizofrênica. Ela escuta vozes, ela vê coisas e inclusive os armários dela são todos fechados. Ela amarra fio nos armários porque ela fala que entram na casa dela e roubam os alimentos, roubam perfume, roubam tudo. Aí ela falou assim: Ah, mais olha aqui o que eu ganhei para me defender dessa pessoa! Aí eu olhei assim, não deu nem tempo. Quando ela falou, ela já levantou o colchão e puxou o facão. Aí na hora a minha colega sentou e travou na cadeira. Ela não conseguia nem levantar e nem falar nada. Ela ficou assim, paralisada. Ela ficava com o facão assim para mim! Assim! Um deslize dela e ela acertava em mim aquele facão. Aí eu pensei: meu Deus do céu, como eu vou fazer agora com essa mulher e esse facão? Aí comecei a conversar com ela: Fica em paz, porque às vezes não é ninguém. Não é um rato? Mas guarda esse facão, porque ele está muito afiado, às vezes você pode se machucar também. Aí fui tentando contornar a situação e ela guardou. Mas assim que ela guardou, nós já, ó... Perna, pra quem te quer”.

Os relatos apresentados mostram casos de saúde mental desestabilizados, e nestes casos o atendimento já não deve ser prioritariamente na atenção básica, mais em equipamentos de maior especificidade. Contudo, não foram só os casos de saúde mental que remeteram os ACS ao medo nesta pesquisa. Mas também, o medo da comunidade.

As equipes lidam com problemas psicossociais importantes. Muitas vezes se veem impotentes perante a gravidade dos problemas com que se deparam. Por formarem vínculos muito estreitos com a população a elas adscrita, inserindo-se no território – geralmente áreas de baixa renda e áreas de risco psicossocial – e perdendo a proteção que as paredes das instituições hospitalares oferecem aos profissionais, essas equipes não utilizam mecanismos tradicionais de distanciamento e isolamento afetivo dos pacientes por elas atendidos. Além disso, uma parte significativa das equipes, os agentes comunitários de saúde, são moradores da área, submetidos aos conflitos locais, incluindo as situações de violência e carência (MS, 2011 p.187-8).

O medo referido pelos ACS relacionados à comunidade é justificado, por eles, em função de algumas especificidades de suas funções, diferentemente dos outros integrantes das equipes vinculadas à ESF. Os ACS obrigatoriamente precisam residir na área de atuação da

equipe para poder ocupar o cargo, e estes tem como principal função o estabelecimento do elo entre o serviço/equipe e a comunidade. Isto expõe o ACS à vivência do cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Nesta proximidade assídua com o usuário, por atuar profissionalmente e habitar no mesmo bairro, e ainda, adentrar frequentemente o domicílio do usuário, é importante que se estabeleçam novas relações no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar, garantindo a privacidade daqueles com quem o ACS se relaciona na comunidade (FORTES; SPINETTI, 2004).

Santos (2001) corroborando as ideias acima através do relato de uma entrevistada, relata que os ACS passam a ser portadores de segredos que podem resultar em riscos à própria vida, muitas vezes, a atos ilícitos ou moralmente reprováveis. Risco, aos quais os membros da equipe encontram-se menos expostos, pois ao fim do expediente, os outros profissionais da equipe, retornam a suas residências, em sua maioria, distantes dos locais de trabalho, diferentemente dos ACS que permanecem compartilham do mesmo território, tanto para atuação como residência, que como exposto, em várias regiões, são locais violentos, de atuação do narcotráfico e crime organizado (SANTOS, 2001).

As ACS estão mais expostas ao risco por circularem pela rua por muitas horas e fazerem repetidas vezes os mesmos caminhos:

“ACS: Nós fomos perseguidas até o posto. Depois a gente descobriu que ele era estuprador”.

E também serem assediadas e desrespeitadas nas casas:

“ACS: E tem lugar que você entra e mora muito homem sozinho e eles te assediam... Você faz cara de paisagem. Ele vai falando e você vai fingindo que não está ouvindo”.

Devido ao fato de morarem no mesmo território que trabalham, os ACS estão expostos no dia a dia, a reflexos violentos do descontentamento das famílias que eles atendem, quando acontece algum tipo de denúncia ao conselho do idoso ou conselho tutelar:

“ACS: O medo do agente comunitário é sempre esse. De você ter que ‘jogar aquela bola para frente’(denunciar) e a pessoa vai saber que foi você, porque você estava lá. Você viu”.

“ACS: Denunciaram a família. A assistência social falou foi que foi o posto de saúde que denunciou. Aí fomos ameaçadas. Fomos ameaçadas no posto. O tal do sigilo, não acontece”.

“ACS: Já aconteceu antes, lembra? Aconteceu de uma agente passar a história que o padrasto violava a menina. Só que não foi. Foi através dos vizinhos. E para explicar que focinho de porco não é tomada? Até ameaçada de morte ela foi”.

Ainda se colocam em situação periculosa por conviver com o crime organizado e estar entre conflitos de criminosos e policiais:

“ACS: Você vê e não vê. Você tá conversando com um paciente aqui e o outro tá ali vendendo droga... a polícia está entrando e você tem que esquivar para a polícia não esbarrar em você... Isso quando eles não entram atirando”.

“ACS: Tem áreas que você tem que fazer vista grossa (com relação ao crime organizado e tráfico de drogas) porque você mora no bairro, porque você fica com medo da sua segurança, da sua família”.

Jardim e Lancman (2009) refletem sobre a complexa dinâmica relacional estabelecida entre ACS e comunidade. Um desses aspectos está ligado à dificuldade da comunidade em vê-lo como profissionais da saúde, frequentemente confundindo os papéis do trabalhador e de amigo e/ou vizinho, o que pode gerar situações de estresse e sofrimento a esses profissionais. Além disso, por serem o elo com a comunidade, os ACS recebem mais fortemente as respostas (positivas ou negativas) da população em relação ao SUS, o que pode influenciar diretamente a forma como a população concebe sua prática.

Podemos perceber que o ACS muitas vezes sofre do mal que trata. Morar no mesmo território em que trabalha, ao mesmo tempo que gera aproximação com a comunidade, favorecendo o estabelecimento de vínculos e a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para conversar sobre sua realidade de vida e dificuldades (LEVY, MATOS, TOMITA, 2004), também gera medo e insegurança, que algumas vezes, paralisa ações e intervenções em saúde. Com relação ao medo e situações de risco com casos de saúde mental, o matriciamento, articulação de rede, respaldo e educação permanente em saúde poderiam agir como facilitadores deste processo.

5.7 CATEGORIA TEMÁTICA 6: VISÃO ANTI MEDICAMENTOSA

Esta categoria aborda uma visão ampliada de saúde e doença, diferente do que geralmente é encontrado na literatura, e alinhada com a Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial.

O que há de mais abundante na literatura no que se relaciona à prática em saúde mental, é uma visão medicalizante dos transtornos mentais. Segundo Ribeiro et al. (2013), há uma expectativa de resolutividade pouco condizente com a gravidade dos casos de saúde mental atendidos na ESF e uma aparente hierarquização das ações terapêuticas, que tende a privilegiar as ações de cunho medicamentoso em detrimento às tecnologias leves de cuidado.

Os profissionais da ESF, ao não se sentirem capacitados para atender os casos de saúde mental, restringem-se à preocupação com a medicação que aquele usuário utiliza ou necessita. (RODRIGUES; MOREIRA, 2012) Os procedimentos ficam centralizados nos especialismos e na medicalização, fragmentando o cuidado e gerando uma disparidade em relação ao que é apregoado e o que ocorre na realidade dos serviços (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009). Desta maneira, mostram formas biomédicas e tradicionais de compreensão da doença mental, pautadas na medicação, na normatividade dos comportamentos, na expectativa de comportamentos agressivos e na internação como horizonte terapêutico (NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, 2007).

Ao contrário destes principais achados, neste estudo muitas vezes quando os ACS falavam dos casos de saúde mental, apesar da dificuldade no contato, apareceram críticas a um modelo de tratamento puramente medicamentoso e ineficiente para a melhora de rotinas empobrecidas de vida.

“ACS: Pega a receita e dopa. Você sabe que se tomar tudo aquilo ali, entrar naquilo ali, não vai sair”.

“ACS: Fica dopada devido aos medicamentos que ela toma”.

“ACS: Precisa de um acompanhamento mais ativo. Não só de remédio. Na realidade o remédio não ajuda a pessoa a resolver os problemas dela. Não resolve nada. Só anestesia a situação”.

“ACS: Nós temos muitas pessoas com depressão, se entupindo de remédio e só dormindo o dia inteiro. Esse é o objetivo? Isso não trata ninguém. Isso só faz a pessoa ficar anestesiada. Tinha que ter grupos de terapia”.

O Ministério da Saúde (2011) orienta sobre a utilização de psicofármacos preferencialmente em conjunto com outros tipos de intervenções terapêuticas. Muitas das situações de sofrimento psíquico na atenção básica estão associadas a situações e eventos de vida geradores de estresse, em que os pacientes podem se beneficiar de intervenções de apoio psicossociais, o que facilita a retirada posterior da medicação. Podemos oferecer apoio e cuidado de muitas formas além do uso de medicação. Nesse apoio, o acolhimento e a escuta estruturam espaços de reorganização e solução de problemas que contribuem para uma melhora efetiva.

“ACS: Precisa ter. Pelo menos em cada unidade, uma vez por semana, alguma coisa do tipo. Uma vez por mês, sei lá. Para envolver mais as pessoas, tirá-las do casulo. Porque normalmente quem tem depressão, não quer nem conversar. Mal atende a gente mesmo. Então se a secretaria não tem nada a oferecer a eles, só entupir de remédio, fica uma pessoa inútil. Só dorme. Não tem vontade de fazer nada. Tinha que ter alguma coisa que fizesse que a pessoa... sei lá. Uma atividade física...”.

Nunes et al. (2007) ressaltaram a importância da integralidade da assistência. Assim como neste estudo, as autoras perceberam uma busca por parte de alguns profissionais em reduzir a distância existente entre problemas da mente e problemas do corpo. Isto por haver semelhanças entre os vários tipos de doença pela sua causalidade psicossocial, que tanto pode gerar doenças clínicas como a hipertensão, quanto um processo de enlouquecimento.

Os ACS colocam a possibilidade de grupos nas USF como uma proposta de enfrentamento da dificuldade em tratar casos de saúde mental. Além disso, também foi abordada a falta de escuta terapêutica e condutas preocupadas com a integralidade do indivíduo:

“ACS: A gente não precisa nem estar assim muito doente mesmo, mental, para gente ver isso, né?! (risos) A gente precisa de médico. Eu mesma já passei por isso. Às vezes está só passando uma fase difícil e você vai ao médico para conversar. Primeiro, dificilmente você encontra um ouvido”.

Médico para conversar? O médico não deveria só medicar, mas também conversar. Na ESF, espera-se que os casos sejam acompanhados de forma longitudinal e aspectos sociais, familiares e do território devam fazer parte do olhar clínico dos sintomas. Porém, o que presenciamos é uma grande demanda aos especialistas porque muitos casos que teoricamente deveriam ser tratados na atenção básica, são encaminhados. Não houve nesta pesquisa uma quantificação desses encaminhamentos, mas é notada quantidade aparente de casos encaminhados ao CAPS por insônia, por exemplo. Se pararmos para pensar que casos com insônia são encaminhados para o equipamento que deve atender as pessoas mais graves do município, imaginem também a grande demanda na psiquiatria das UBS, de casos que poderiam ter sua resolutividade na ESF.

A visão antimedica e com propostas grupais, é citada por Furlan e Campos (2010) que destacam que apesar das práticas de saúde pública e coletiva no Brasil privilegiarem em suas portarias e programas as ações grupais, o que vemos são as práticas de saúde voltadas para a atenção individual em detrimento das ações coletivas por falta de instrumentos e conhecimentos dos profissionais. Isso em virtude da falta de formação para intervenções em grupos e coletivos. A prática grupal, na atenção básica no Brasil, tende a ser uma prática complementar, seja quando sobra tempo, seja quando há muita demanda, e não um componente importante da organização das práticas e do projeto terapêutico das pessoas (FURLAN; CAMPOS, 2010).

O desenvolvimento de grupos exige uma formação profissional, que diferencia este processo entre um grupo terapêutico, ou simplesmente um agrupamento de pessoas. No território estudado, os psicólogos estão locados em algumas UBS e nos CAPS; já os terapeutas ocupacionais, estão presentes somente nos CAPS. Também não há equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, o que dificulta a realização de grupos. Winnicott (1975) descreve o grupo como espaço potencial, em que há a exposição de seus membros em um espaço protegido- setting- e atuação que objetiva apoiar as pessoas no manejo de suas angústias e dificuldades- holding.

Com os psicólogos e terapeutas ocupacionais concentrados em equipamentos de maior especificidade, as pessoas vão ter acesso a esse tipo de tratamento somente quando estiverem mais graves. Muitas vezes casos leves e medianos ficam em um “não lugar de atendimento”.

“ACS: Ela pediu aqui para a médica e foi encaminhada para o psicólogo, mas essa é a dificuldade também. Porque no caso dela, só psiquiatra, é o que a gente comenta: Só o

remédio, até ajuda, lógico. Ela precisa. Se não ela tem até pensamentos suicidas, mas o psicólogo também. Mas ela não está passando ainda não. Ainda não tem psicólogo”.

“ACS: E ele se vira, pega o remédio, toma o remédio e fica bem. Ele não tem uma ocupação, ele não tem uma terapia ocupacional. Porque não adianta só você dar o remédio, você tem que ocupar ele de alguma forma. Não dizem que todo mundo tem que ser inseridos na sociedade? Mesmo com deficiência mental ou não. De alguma forma você tem que ocupar e inserir a pessoa. E a gente faz o que? A gente não tem como chegar”.

“ACS: Eu acho que assim, a princípio, tinham que ter mais coisas envolvendo a comunidade, mais projetos”.

Claramente os ACS identificam que os atendimentos dos casos de saúde mental seriam facilitados se houvesse maior escuta terapêutica e abordagens grupais, tanto da área da saúde, quanto em parcerias intersetoriais. Alinhados com as diretrizes do SUS, mostraram preocupação com a integralidade no cuidado dos indivíduos e responsabilidade de fatores biopsicossociais no processo de adoecimento e tratamento. Esta categoria temática teve achados importantes e alinhados com teorias da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial. Mesmo que atualmente não haja no município uma equipe responsável no apoio e articulação entre atenção básica e saúde mental, considerando a ESF como gestora do cuidado e o CAPS como articulador da rede territorial substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, é possível uma intervenção conjunta que facilitaria os processos de trabalhos dos profissionais envolvidos.

5.8 CATEGORIA TEMÁTICA 7: RESPONSABILIDADE DAS FAMÍLIAS

Nesta última categoria temática, reflete-se sobre ações familiares, colaborativas ou não, relativas ao cuidado compartilhado das pessoas acompanhadas pelos ACS.

Para Rodrigues e Moreira (2012) a atenção básica é considerada um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, pois, pela proximidade com a comunidade, pode atuar não somente segundo o que chega às unidades de saúde, mas em uma interação com o que envolve a comunidade, a família. Entretanto, as dificuldades no manejo do cuidado e dos papéis familiares, apareceram algumas vezes como a pior parte do trabalho dos ACS:

“Pesquisadora: Qual que é a pior parte do trabalho de vocês?”

ACS: Pacientes teimosos.

ACS: Não, é a família”.

“ACS: O que mais a gente tem trabalho mesmo, nem são com os pacientes, são com os familiares. O familiar dá mais trabalho. Eles não querem entender o papel deles”.

Visto que o foco das ações do ACS é a família e não o indivíduo, quando um dos membros da família passa por um momento de maior fragilidade, é esperado que a família desempenhe seu papel de suporte social, para facilitar e colaborar com a abordagem da saúde. A falta de parceria e coerência nas ações entre os ACS e familiares, aparece principalmente no descrito em relação às crianças, adolescentes, idosos e casos de saúde mental. Abaixo, a ACS se refere ao caso de uma adolescente e família que não tem seguido as orientações sobre cuidados odontológicos:

“ACS: Eu tenho uma paciente que eu não sei mais o que eu faço com ela, com 14 anos. Ela é uma mocinha. Está com a boca toda cheia de cárie. E eu já falei. Outro dia fui obrigada a dar um chacoalhão nela, falar sobre câncer e tudo. Isso pode virar um carcinoma! A mãe não se habilita. O pai não se habilita. Eu queria levar o dentista lá. Tirar ele da unidade e levar até a paciente, porque não daria para ela fugir daquela situação. Ela vai estar na casa dela, só se ela fugir pro meio do mato. Mas fica difícil. Você vai mexer na agenda”.

A centralidade do profissional de nível superior no processo de cuidado pode ser entendido como um resquício do modelo biomédico e das práticas voltadas unicamente à medicalização, procedimentos e à cura. Mostra como o seu conhecimento técnico de outros profissionais, muitas vezes é diminuído frente à posição socialmente valorizada (BARROS, 2002). Esta situação ilustra como ainda se faz difícil a transição no modelo de atenção à saúde, retratando limitações na implantação do SUS e ESF, que vem redefinindo construções sociais historicamente construídas.

A ACS relata uma situação de impotência, na qual já fez orientações à adolescente e à família, e não obteve sucesso. Até onde vai a responsabilidade do ACS? Onde deveria começar a responsabilidade dos pais ou família extensa? Seria correto tirar o dentista da unidade, que está com a agenda lotada de pessoas que querem ser atendidas, para levá-lo à casa de quem declaradamente se recusa a seguir as orientações?

Algumas vezes durante os grupos focais, surgiram por exemplo, falas referentes a entrega das guias de exames e consultas. Estas guias estão ligadas à satisfação do ACS por representarem um caminho do cuidado que não ficou parado nos problemas da rede de saúde. Essa entrega também foi citada de forma positiva, por “abrir as portas das casas” para receber o ACS. Contudo, havia dúvidas entre os ACS se esta entrega domiciliar das guias de fato é uma obrigação deles. Isto porque muitas vezes já tinham visitado aquela residência e se sentem obrigados a voltar nela com um sentimento de desperdício de tempo, somente para entregar a guia. Por que os próprios pacientes ou familiares não vão à unidade retirar suas guias? Nos CAPS e UBS esta responsabilidade é dos usuários e/ou familiares.

“ACS: Nosso trabalho é de orientação, né?! Não vamos obrigar a família a fazer tratamento. Isso aí é decisão de cada um deles, né?! E também quando têm exames que eles fazem, a gente avisa se estes chegaram para eles procurarem a unidade para agendar um tratamento. Guias da secretaria, quando chegam, nós vamos entregar. Isso é uma comodidade para o bairro, para as pessoas que moram no bairro”.

Apesar do acompanhamento pela ESF ser mais próximo e vinculado às famílias, é importante refletir em equipe, e aqui ressaltamos novamente a importância das reuniões de equipe, ações que não retirem dos pacientes e familiares, a própria responsabilidade.

“ACS: Tem paciente que vem aqui todo mês para o ACS arrumar a caixinha. Para você ver como a família não se interessa. Porque uma pessoa que sabe ler se é de manhã, se é de doze em doze horas, não é tão difícil, não é verdade? Você ler o receituário e ver de quantas em quantas horas é a medicação”.

“ACS: Ela está sendo abandonada de novo por oito filhos. Aí eles querem que eu vá. Agora não. Nem pensar. Agora vocês estão tudo velho barbado, um bando de homem velho barbado. Vocês que tem que ver o que tem que fazer para ajuda da mãe de vocês”.

“ACS: Eles acham que a gente que tem a obrigação de cuidar. Que a obrigação é do posto. Aí você acaba entrando em atrito porque fala: a obrigação é sua. Aqui o nosso papel é visitar, orientar, e vocês que tem a obrigação de cuidar”.

O Ministério da Saúde (2011), em seu guia prático de matriciamento em saúde mental, define as famílias como funcionais, disfuncionais e severamente disfuncionais. As famílias funcionais são aquelas nas quais o desenvolvimento de seus integrantes se faz de

forma harmônica e os conflitos são superados. Nas famílias disfuncionais as estruturas são rígidas, sem intimidade, sem flexibilidade, sem divisão de poder e com distúrbios de comunicação. E nas famílias severamente disfuncionais a comunicação é muito difícil, são gravemente desorganizadas e isoladas, mais suscetíveis ao aparecimento de transtornos graves, desesperança, depressão e cinismo. Assim, considerando a continuidade e a intensidade das relações familiares, muitos conflitos tendem a se configurar. As dificuldades familiares, do ponto de vista sistêmico, estão situadas nos processos interativos da família com os diferentes sistemas com os quais interage. Por exemplo, a própria família, sua história e contexto, e o meio social e cultural.

Um bom relacionamento familiar constitui fator protetor no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, principalmente na infância e na adolescência (GUIMARÃES, 2009). Neste contexto, os ACS se encontram na função de manejar conflitos, promover coesão familiar, afeto, responsabilidades de cada integrante do processo de cuidado, além de oferecer uma rede de apoio acolhedora.

Para os casos de saúde mental, o acompanhamento é muito dificultado quando a família não é continente.

“Pesquisadora: E como que é ir nessa casa?”

ACS: Bagunçado. Meio bagunçadinho, porque o ruim lá é que não é só aquela paciente. Tem várias famílias no mesmo quintal. São os irmãos, mãe e pai. Aí jogam a responsabilidade para um, e para outro... Ficam nesse ciclo vicioso e zona de conforto”.

De forma geral é comum encontrarmos na atenção básica pessoas consideradas vulneráveis, conceito que valoriza características pessoais que potencializam o efeito dos fatores de risco. A pessoa vulnerável não se sente capaz de buscar alternativas para enfrentar o momento de crise ou o faz de forma ineficaz. Por outro lado, a resiliência que é definida por Walsh como “capacidade de se recuperar da adversidade fortalecido e mais resolutivo” implica a busca de alternativas eficazes que auxiliem na superação da situação de risco e uma consequente adaptação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 p.155).

Famílias mais responsáveis e continentais facilitariam o processo de trabalho do ACS, no entanto, quando um membro da família apresenta algum problema de saúde, por exemplo, alcoolismo, anorexia nervosa, depressão e outros, as relações familiares são modificadas (BAPTISTA, 2004). Estudos apontam que os aspectos mais relacionados à disfunção familiar são: desempenho de papéis, valores e normas, comunicação, envolvimento afetivo e resolução

de problemas. E a recuperação do paciente com transtorno mental, está diretamente relacionada com a melhora do funcionamento familiar (SOUZA, et al., 2011).

Neste sentido, percebeu-se nos achados deste estudo e da literatura, que ao mesmo tempo que a família parece estar paralisada em algumas ações relativas ao cuidado em saúde de um membro mais fragilizado, na verdade isto pode retratar uma disfuncionalidade, exatamente pelo sofrimento compartilhado. Desta forma, como aponta Ponciano et al. (2010), em virtude da alta carga de estresse presente, principalmente nos responsáveis pelos cuidados, as famílias dos pacientes psiquiátricos também demandam tratamento.

Neste sentido, o trabalho conjunto da equipe de saúde mental e ESF, através de matriciamento, educação permanente, reuniões de equipe, discussões de caso e visitas compartilhadas, torna-se fundamental para que o ACS consiga acompanhar os casos de transtornos mentais e suas famílias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a efetiva desinstitucionalização da loucura, é necessário um processo contínuo de questionamentos das práticas de cuidados. Isso pressupõe transformações no cotidiano, não se restringindo às instituições, mas às posturas, aos saberes e aos pensamentos, em uma crítica a todas as formas de intervenções de cunho manicomial (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). No Brasil, essas ideias passam a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasceu no bojo da Reforma Sanitária, tendo guardado consigo princípios e diretrizes que orientam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Ao longo do seu desenvolvimento, que segue um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência à pessoa com transtorno mental (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007).

Mesmo com avanços neste processo, o trabalho ainda não está cumprido. Mais que o abandono dos manicômios, é necessário mudanças significativas nas formas de ver o fenômeno da loucura. A criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos é um passo importante, mas para romper com a lógica manicomial presente na sociedade é preciso ir além dos muros desses novos serviços.

“É preciso fazer a loucura circular pelos espaços da cidade. A mudança precisa ocorrer no cotidiano, na luta diária dos serviços, do território, da vida, na construção de outros olhares sobre a loucura e os seus estigmas. Assim, o desafio colocado é o movimento que está sendo feito em direção ao território, possibilitado na articulação com a atenção básica. Se o fenômeno da loucura foi historicamente construído, é no dia a dia das comunidades que esta desconstrução se torna possível. A desinstitucionalização pode romper com o anonimato em que esta loucura foi condenada a viver” (Abou-Yd, 2010).

Motivada por criar estratégias para desenCAPSular, ou seja, projetar este usuário para fora da instituição, em direção à sociedade e facilitar sua aceitação e vida cotidiana, foram estudados processos históricos de desinstitucionalização e redes territoriais de saúde. Chegamos então ao Agente Comunitário de Saúde, profissional mais próximo do território, casa e rotina destes usuários. Através de um roteiro semi estruturado, discutimos aspectos que

influenciam o atendimento dos casos de transtorno mental pelos ACS, a partir de suas experiências.

Inicialmente, havia a hipótese que estes casos fossem os mais difíceis de serem atendidos pelos ACS. Deparamos-nos então com a riqueza e também dificuldade da pesquisa social empírica, na qual controlamos as perguntas, mas nos abrimos para infinitas possibilidades de respostas. Segundo Rodrigues e Moreira (2012) ainda é um desafio a concretização e a ampliação do cuidado em saúde mental, mas como nossos resultados também mostraram, em várias ocasiões a produção de saúde se afasta da almejada integralidade. Essa fragmentação nas intervenções não é exclusiva do campo da saúde mental, e infelizmente, essa ainda é a forma predominante de produzir saúde na nossa sociedade.

Neste estudo, foi um desafio desbravar teorias e políticas públicas referentes à atenção básica. Os resultados foram discutidos em sete categorias temáticas (articulação e construção da rede; acolhimento, acompanhamento e orientação dos pacientes; educação permanente; respaldo, reconhecimento e estrutura; medo; visão antimedamentosa; e responsabilidade das famílias).

Como aspectos que dificultam o atendimento dos casos de saúde mental, identificamos um processo falho de cadastramento, no qual os casos de saúde mental geralmente não são identificados e acompanhados, o que infelizmente corrobora para a desestabilização do quadro, perda de independência e autonomia e consequente retorno do atendimento para o CAPS. Diferentemente dos casos estabilizados, os casos em situação de crise são identificados e muitas vezes colocam o ACS em situação de risco. Com isso, acrescentando-se o estigma da agressividade relacionada aos casos de saúde mental, a falta de conhecimento nesta área, a falta de respaldo, e ausência de matriciamento e parceria entre instituições de saúde, o medo é aumentado e o contato e acompanhamento são dificultados. A falta de articulação entre CAPS e ESF durante o processo de alta, também é identificada dentro das dificuldades da desenCAPSulização.

Como aspectos que facilitam o atendimento dos casos de saúde mental, apareceram a visita compartilhada e referência às antigas experiências de educação permanente. Outros itens positivos, por não fazerem parte da rotina atual do trabalho do ACS foram identificados como propostas conjuntas de enfrentamentos.

No ambiente da USF foram propostas: reuniões semanais de equipe; vagas para casos de demanda espontânea; e prontuário da casa, mas com cadastro de cada indivíduo. Na rede de saúde, foram enquadrados aspectos relacionados à gestão, como entrega de certificados de cursos realizados e a continuidade dos módulos seguintes. Também enquadrados aspectos referentes à integração com outros equipamentos de saúde, como aumentar o número de visitas compartilhadas e implantar o apoio matricial. E por fim, as propostas relacionadas à rede intersetorial, como a realização da reunião de rede e consequente aproximação entre USF, UBS, CAPS, CRAS, CREAS, conselho tutelar, conselho do idoso, educação, esporte e cultura. Estas reuniões iriam ao encontro da educação permanente, para a qual foram sugeridos os temas: funcionamento e ações de equipamentos de diferentes setores (CAPS, CRAS, polos de esporte, etc.); e tipos, causas, sintomas, manejos e possíveis orientações à família com relação às doenças mentais.

O trabalho de campo mostrou aspectos objetivados nesta pesquisa sobre a desenCAPSulização, mas também a necessidade de trabalho conjunto para os casos graves que estão sem atendimento adequado, serem enCAPSulados. Identificamos assim, características que podem, ou não, ser semelhantes em outros municípios que tenham a rede de saúde estruturada de forma semelhante.

Olhar para o contexto das ações, pensar em inserção social através da reabilitação psicossocial e promover tratamento territorial em saúde mental, continua sendo um desafio. Apesar do distanciamento que ainda existe entre o que se preconiza nas políticas públicas e as práticas nos serviços, as propostas de enfrentamento podem colaborar para a efetivação de um SUS com maior qualidade. Destacamos ainda que conciliar o saber científico das pesquisas e as práticas em saúde pública geram a sistematização de informações e consequentes reflexões para possíveis mudanças. Como propostas de continuidade, seria interessante a escuta de outros profissionais da ESF e gestores, assim como a efetivação das propostas de enfrentamento e acompanhamento desse processo.

7. REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M. **Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto.** In: **Saúde loucura 9: experiências da reforma psiquiátrica.** São Paulo: Hucitec, 2010.

ALVES, F. **A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no norte de Portugal.** Porto: Afrontamento, 2011.

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica In: Amarante P, coord. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau Editora; p. 45-66, 2003.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A., Scarcelli, I. R., Costa E. S. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia USP; p. 47-53, 1999.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol. 1, n. 1, jan-abr, 2009.

ARAÚJO, F. Acompanhamento terapêutico e território. In: **Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade.** Niterói, RJ. p. 99-127, 2006.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia da depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** 14(3):58-67, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste.** São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude soc**, 11(1):67-84, 2002.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, p. 41-72, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

BRASIL. Decreto Nº. 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 11 jul, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 2º Conferência Nacional de Saúde Mental. **Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental**. Brasília (DF); 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Portaria Nº. 1.886/1997, que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF**, 1997.

CABRAL, T. M. N., ALBUQUERQUE, P. C. **Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida**. Saúde debate [internet]. 2015 Jan/Mar [cited 2017 Jan 10]; 32(104): 159-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00159.pdf>

CAILLÉ, A. Reconhecimento e sociologia **Rev. bras. Ci. Soc.** v.23 n.66 São Paulo Feb. 2008.

CAIRE, J. M. **Guia de Novas Práticas em Terapia Ocupacional: Entre Conceitos e Realidades**. Jean-Michel Caire (Coordenador), Ed. Solal, 2008.

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. In: **Caderno IPUB: nº 24**. Saúde mental na atenção básica. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007. p. 91-9.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

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

CANESQUI A.M.; OLIVEIRA A.M.F. **Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira**. In: Negri B, Viana ALDA, organizador. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime, 2002; p 241-70.

CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias**. *Rev. Saúde Pública* [online]. v.30, n.3, p.285-293, 1996.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. Medicina Mental e serviços públicos. **Revista da APB**, 3:28-37, 1980.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: IMS; Abrasco, 2001.

CLAVAL, Paul. O Território na Transição da Pós-Modernidade. In: **Revista GEOgraphia**, Niterói: UFF/EGG, v. 1, n.2, p 726, 1999.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**. v.1, p. 10-5, 1996.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; GRACIA, G.; SLOPEN, N.; RASINSKI, K.; HALL, L. L. Newspaper stories as measures of structural stigma. **Psychiatr Serv.**; v.56, n. 5, p. 551-6, 2005.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 141-68, 2000.

CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2018 [Acessado em 12/09/2018] Disponível em: <http://crefito9.org.br/imprime.php?cid=1163&sid=320> 100 anos da Terapia Ocupacional no mundo.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 151-64, mar. 2009.

DAMÁSIO, A. **O Erro de Descartes - emoção, razão e cérebro humano**. Mem Martins, Publicações Europa América, 1995.

DELFINI, P. S. S. **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

DELGADO, P. G. **A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva**, ano VI, nº 16, p. 41-3, 1997.

DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB**, n.14, p. 113-121, 1999.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ESCOREL, S. **Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. 2012. Disponível em: www.unasus.unifesp.br Acessado em 26 ago.17.

FLEMING, M. **Ideologias e Práticas Psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FLEURY, S. M. A análise necessária da Reforma Sanitária. **Saúde Debate**, n.22, p.25-27, 1988.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1328-1333, set-out, 2004.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972.

FRANÇA, T. **Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)**. [Internet] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro Instituto de Medicina Social; 2016 [citado 2016 Ago 9]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_2_2016__0_Vol%20II_Relatorio_EPSUS_Cnpq_2015.pdf).

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos da atenção básica à saúde. IN: Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2)

GAMA, C. A. P. **Saúde mental na atenção básica: As relações entre a subjetividade e o território**. Tese de doutorado apresentada ao Pós-graduação em Saúde Coletiva Departamento de Medicina Preventiva e Social Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

GATTAZ. **Violência e doença mental: fato ou ficção?** Wagner F. Gattaz Editorial 1 Rev. Psiq. clín. 25 (4):145, 1998.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8):2537-2546, 2016.

GUARNIERO, F. B., et al. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil FRANCISCO BEVILACQUA GUARNIERO¹, RUTH HELENA BELLINGHINI¹, WAGNER FARID GATTAZ¹ ¹ Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP) / **Rev Psiq Clín.** 2012; v.39, n. 3, p.80-4.

GUIMARÃES, A. B. P.; HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S.; INGBERMAN, Y. K. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Rev Psiq Clín.** 36(2):69-74, 2009.

HILL, R. B. Structural discrimination: the unintended consequences of institutional processes. In: O'GORMAN, H. J. **Surveying social life: papers in honor of Herbert H. Hyman.** Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1988.

HONNETH, A. **Luta pelo reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais.** São Paulo: Editora 34. 2003.

IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** 2016.

IBGE. Área territorial oficial. Resolução da Presidência do IBGE de n° 5 (R.PR-5/02) 2000.

JARDIM, T.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)** ; 13(28):123-135, 2009.

JIMENEZ, L. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicol. soc.** (online); n. 23, p. 129139, 2011.

JÚNIOR, J. M. L.; MELO, S. C. F.; BRAGA, L. A. V. B.; DIAS, M. D. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 229-33, 2010.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N.(Org.). **Qualitative research in health care.** 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2002.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1455-1461, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>.

KRUEGER, R. A. **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. London: Sage Publications, 1996.

KYRILLOS NETO, F. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**, Barbacena , v. 1, n. 1, p. 71-82, dez. 2003 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272003000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 set. 2018.

KYRILLOS NETO, F. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**. V.1, n.1, Barbacena, 2003.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc**; v.21, n.3, p. 572-586, 2012.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, n.1, p. 3-8, 1996.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**; 20(1):197-203 2004.

LIBERMAN, R. P. **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico**. Barcelona (Es): Martinez Roca; 1993.

MARQUES, M. R. A prática do acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. **Psicologia & Sociedade**; v. 25, n. 2, p. 31-40, 2013.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Ver. Esc. Enferm*, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MATTOS, P. **A sociologia política do reconhecimento**. Contribuições de Charles Taylor, Axel Honneth e Nancy Fraser. São Paulo: Annablume, 2009.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**-ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

MELO, M. B.; QUINTÃO, A. F.; CARMO, R. F.. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc.** Vol. 24, n.1, p.86-99. Belo Horizonte. 2015.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS; 2015.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: **Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. 2008. (<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus>).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088 de 23/12/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279**, de 30/12/2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) Eixo Políticas e Fundamentos. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas CGMAD/SAS, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial**. Portaria nº 3.088 .2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial> Acesso em 06 out. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica no 93]

MONAHAN, J. A terror to their neighbors: beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. **Bull Am Acad Psychiatry Law**, n. 20, p. 191-195, 1992.

MONAHAN, J.; STEADMAN, H. J. Crime and mental disorder: an epidemiological approach. In: TONRY, M.; MORRIAS, N. (eds.) – **Crime and Justice: An Annual Review of Research**. Chicago, The University of Chicago Press, p. 145-189, 1983.

MORAES, K. G., DYTZ, J. L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **ABCS Health Sci**, 2015; v. 40, n. 3, p. 263-69.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. London: Sage, 1997.

NICÁCIO, M. F. O Processo de Transformação em Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultural. **Dissertação de Mestrado**. São Paulo: Programa de Estudo Pós-Graduados/PUC, 1994.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. (Textos para discussão, 735). Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

NUNES, M.; JUCA, 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**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 2375-

2384, Oct. 2007 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso>. access
on 21 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>.

NUNES, M.; 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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Caracas. **Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)**. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Rev. Saúde Soc.**, v.2, n.1, p.29-48, 1992.

PAIM, J. S. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface Comun Saúde Educ**; 5:143-6 2001.

PERES, C. R. F. B.; CALDAS JUNIOR, A. L.; SILVA, R. F.; MARIN, M. J. S. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP**; 45(4):905-911, 2011.

PERES; C. R. F. B.; CALDAS JUNIOR, A. L.; SILVA, R. F.; MARIN, M. J. S. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP**; 45(4):905-911, 2011.

PITTA, A. M. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: Pitta, A. M., organizadora. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec; 1996.

POF. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/19877-2002-2003.html?edicao=10796&t=sobre>.

PONCIANO, E. L. T.; CAVALCANTI, M. T.; FÉRES-CARNEIRO, T. Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. **Rev Psiq Clín.** ;37(2):43-7, 2010.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A.; VASCONCELOS, M. G. F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência&Saúde Coletiva**, v. 18, n.7, p. 2157-2166, 2013.

RIBEIRO, L. A. **Esquizofrenia como assunto midiático: uma abordagem qualitativa**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Universidade Federal da São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**; 24(3):369-390, 2013.

RIBEIRO, S. L.; A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitoria/ES. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 599-611, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

ROTELLI, F. **Superando o manicômio- o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, P. (Org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Ed.Fiocruz.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 665-672, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300019>.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; ARCIERI, R. M.; CARVALHO, M. L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Cien Saude Colet**; 16(1):1023-1028, 2011.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SBMFC. Currículo baseado em competência para formação de especialistas em medicina de família e comunidade. 2014. <<http://www.sbmfc.org.br/media/Compet%C3%A2ncias%20para%20Consulta%20P%C3%BAblica%20Final.pdf> Acessado em 13.05.18)>

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface (Botucatu)**; 6(10):75-83, 2002.

SIQUEIRA-SILVA, R.; NUNES, J. A.; MORAES, M. Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-496, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300005>.

SOARES, A.M.C. “Territorialização” e pobreza em Salvador-Ba. **Est. Geogr.: Rev. Eletrôn. Geogr.**, v.4, n.2, p.17-30, 2006.

SOUZA, J.; ABADE, F.; SILVA, P. M. C.; FURTADO, E. F. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental / **Rev Psiq Clín**. 2011.

TENÓRIO, F. Reforma psiquiátrica brasileira. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

THORNICROFT, G.; ROSE, D.; KASSAM, A.; SARTORIUS, N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? **Brit J Psychiatry**. n. 3, p. 190-192, 2007.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [online]. 2009, v.19, n.3, p.777-796. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.

TUZZO, S. A.; MAINIERI, T. Pesquisa empírica em Comunicação. **Ciênc. Comun.** [online]. v.34, n.1, p. 233-252, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez; 2008.

VERTZMAN, J.; CAVALCANTE, M. T.; SERPA Jr., O. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem Hospício – Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

VIANA, A.; POZ, M. R. D. A. **Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. *Physis: Rev de Saude Coletiva*. 2005;15(Supl):225-264.

WEBSTER, C. **The National Health Service: a political history**. Oxford University Press, 2002.

WHO. Rehabilitation psychosocial. **A consensus statement**. Disponível em: <http://www.who.int/mas/mnh/mnd/psr.htm>. Acesso em: 30 dez. 1999.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio Janeiro: Imago, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organization of mental health services in developing countries. Sixteen report of WHO Expert Committee on Mental Health**. Geneva: World Health Organization; 1975. (WHO Technical Report Series, 564).

YAMAGUTI, C. A. **Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica no município de Itapevi – SP** Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da

Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Lima Salum e Moraes. São Paulo, 2018. P. 117.

ZERBETTO, S. R.; EFIGÊNIO, E. B.; SANTOS, N. L. N.; MARTINS, S, C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. Rev Eletrônica Enferm 2011; 13:99- 109. https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a11.htm.

ZOURABICHVILI, F. **O vocabulário de Deleuze** [versão eletrônica]. 2004.

8. ANEXOS/APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Agentes Comunitários de Saúde

Título do projeto: DesenCAPSulando: a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado da pessoa com transtorno mental

Pesquisadora responsável: Talita Gomes, terapeuta ocupacional CREFITO-3/14656 - TO, mestrande da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP USP, sob orientação da Profa Dra Fabiola Zioni

Este projeto tem o objetivo de identificar aspectos que podem facilitar e/ou dificultar o atendimento de casos de Saúde Mental pelos Agentes Comunitários de Saúde e definir, em conjunto, propostas de enfrentamento dessas dificuldades. Para isto, gostaria de convidar você, Agente Comunitário de Saúde, para participar de uma sessão de grupo focal, com duração aproximada de uma hora e meia.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para realização de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Ao participar, você permite que a pesquisadora utilize as informações dadas sem que haja identificação dos participantes de pesquisa, tendo garantido o anonimato e confidencialidade das informações coletadas. Você tem a liberdade de se recusar a participar, e ainda de se recusar a continuar participando e retirar o termo de consentimento em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Você poderá também a qualquer momento pedir maiores informações sobre a pesquisa através do telefone – 11 999361953- da pesquisadora do projeto, ou, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – 11 30617779 e/ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de São Paulo pelo telefone 11 33972464.

Esta pesquisa oferece risco mínimo para seus participantes, não lhe trará complicações legais, não lhe oferecerá nenhum benefício de cunho financeiro, assim como você não terá nenhum tipo de despesa para participar. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre os processos de trabalho dos serviços pesquisados favorecendo os profissionais e usuários do sistema de saúde.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma voluntária e esclarecida para participar desta pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do Participante da Pesquisa : _____

Assinatura do Participante da pesquisa: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Talita Gomes. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º andar- Cerqueira César. CEP:01246-904. São Paulo. Fone 3061-7703/ 99936-1953 – e-mail: talitagomes_to@usp.br

APÊNDICE B

Roteiro do Grupo Focal

1. Gostaria de propor uma questão para o grupo: o que significa ser ACS para vocês?
2. Qual a melhor e a pior parte do trabalho de vocês?
3. Quais os problemas mais difíceis de serem trabalhados?
4. Vocês já tiveram alguma experiência de tratar algum usuário ou família com problemas emocionais ou problemas de saúde mental? O que vocês fizeram? E como se sentiram? Conhecem alguém que teve esta experiência?
5. O sabem sobre transtornos mentais/ transtornos psiquiátricos/saúde mental?
6. Vocês conhecem a política de SM?
7. O que gostariam de saber?
8. Gostariam de colocar mais alguma coisa?

APÊNDICE C

Dia ____/____/____ (_____ feira)

às ____:____ horas

todos os AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE da USF
_____ estão convidados a participar de 1:30hs
de um grupo para me ajudar no projeto de mestrado.

Neste dia explicarei meu projeto e serei muito grata aos
que puderem me ajudar. Preciso muito da opinião de
você, mas não é obrigatório, tá bom?!

Nos vemos em breve!

Talita Gomes Taniguchi

Terapeuta Ocupacional

Mestranda da USP

ANEXO A

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DesenCAPSulando: a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado da pessoa com transtorno mental

Pesquisador: TALITA GOMES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79798117.1.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.454.976

Apresentação do Projeto:

A partir da Reforma Psiquiátrica Mundial e Brasileira, o tratamento de pessoas com transtornos mentais, vem deixando de ocorrer em Hospitais Psiquiátricos, e passa a ocorrer no território. Este tratamento não ocorre somente nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, mas também na Atenção Básica, na qual o Agente Comunitário de Saúde tem importante papel. No entanto, há relatos e bibliografias sobre as dificuldades de

desenvolvimento de ações em saúde mental por parte dos Agentes Comunitários de Saúde.

Esta pesquisa social empírica será desenvolvida a partir da aplicação da técnica de grupo focal para levantamento dos dados sobre o tema. O objetivo é identificar aspectos que podem facilitar e/ou dificultar o atendimento de casos de Saúde Mental pelos Agentes Comunitários de Saúde, a partir desses sujeitos; e definir, em conjunto, propostas de enfrentamento dessas dificuldades.

Serão convidados ACS das 18 equipes do Programa de Saúde da Família do município de Itapevi para participarem da pesquisa. Esses ACS deverão participar de sessão de grupo

focal que versará sobre dois temas orientados segundo um roteiro: dificuldades e aspectos facilitadores do trabalho em saúde mental e propostas de enfrentamento do tema. São programadas 4 sessões de grupos focais, sendo que a cada uma delas contará com ACS diferentes. Ou seja, cada ACS participará de apenas um encontro, que terá de 5 a 15 participantes, e dois pesquisadores (um mediador e um observador/relator).

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.454.976

As sessões terão seus áudios gravados, devem acontecer em um período de no máximo 90 minutos, e poderão ser suspensas quando o pesquisador considerar que o conteúdo das mesmas já é recorrente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar aspectos que podem facilitar e/ou dificultar o atendimento de casos de Saúde Mental pelos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Itapevi- SP, a partir desses sujeitos.

Objetivo Secundário:

Definir, em conjunto, propostas de enfrentamento dessas dificuldades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa oferece risco mínimo para seus participantes, não lhe trará complicações legais, não lhe oferecerá nenhum benefício de cunho financeiro, assim como nenhum tipo de despesa.

Benefícios:

É esperado beneficiar profissionais e usuários do sistema de saúde, favorecendo futuros processos de trabalho dos ACS, que envolvem o cuidado de pessoas com transtorno mental, melhorando a qualidade de acompanhamento destas pessoas; Assim como possibilitar uma discussão teórica relacionada a Atenção Básica e Processo de Reforma Psiquiátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para a área da saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE bem redigido, inclui todas as informações necessárias.

Há termo de anuência assinado por representante da Secretaria de Saúde e Bem Estar de Itapevi.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.454.976

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_998110.pdf	01/11/2017 16:08:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	01/11/2017 16:07:19	TALITA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	25/09/2017 10:24:30	TALITA GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InstituicaoCoparticipante.jpg	25/09/2017 10:19:27	TALITA GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoDEanuencia.jpg	25/09/2017 10:18:38	TALITA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	TalitaFolhaDERosto.pdf	25/09/2017 10:16:50	TALITA GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO B

2.1.6 Abordagem a problemas de saúde mental				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
1	Reconhece que o manejo de doenças mentais e do sofrimento psíquico é parte fundamental da atuação do Médico de Família e Comunidade.			
2	Percebe que existem famílias disfuncionais e que isso pode desencadear problemas de saúde de várias naturezas.	Conhece ferramentas mínimas para abordagem familiar.		
3	Conhece as principais síndromes/doenças mentais na APS e seus critérios diagnósticos.	Faz o diagnóstico diferencial das principais síndromes e distúrbios de humor, fóbico-ansiosos e demências.		
4	Reconhece que, na escola, crianças e adolescentes podem manifestar problemas de ordem emocional.	Reconhece e orienta problemas de comportamento escolar em crianças e adolescentes.	Maneja problemas de comportamento em crianças e adolescentes.	
5	Conhece as principais opções farmacológicas para os diferentes transtornos mentais.	Maneja a terapia farmacológica e não farmacológicas para os problemas mais frequentes de saúde mental.	Maneja a terapia farmacológica e não farmacológicas para doenças mentais moderadas.	Maneja doenças mentais graves.
6		Maneja casos não complicados de uso abusivo de drogas, incluindo fumo e álcool.		
7		Reconhece e diferencia a severidade de surtos psico-mentais.		
8		Coordena o cuidado de pacientes com problemas de saúde mental.		
9		Identifica casos complexos de saúde mental e comorbidades	Maneja casos complexos de saúde mental.	
10		Reconhece o amplo impacto dos problemas de saúde mental no indivíduo, família e sistema de saúde.		Realiza terapia familiar.

ANEXO C

		RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário de Atensão Psicossocial no CAPS		pg. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			CNS	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS				
Nº DO PRONTUÁRIO		NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		SEXO M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE
RAÇA/COR	ETNIA INDÍGENA	NOME DA MÃE		
NOME DO RESPONSÁVEL		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF
CÓD. IBGE MUNICÍPIO	CEP DE RESIDÊNCIA	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)		
COMPLEMENTO	DDD	TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DADOS DO ATENDIMENTO				
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO		
Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? ☐ NÃO ☐ SIM		Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Alcool ☐ Crack ☐ Outras Drogas ☐ </div>		
		ORIGEM DO PACIENTE ☐ Demanda Espontânea ☐ Atenção Básica ☐ Serviço de Urgência ☐ Outro CAPS ☐ Hospital Geral ☐ Hospital Psiquiátrico		
CID10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
CID10 CAUSAS ASS.	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS			
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?		☐ SIM ☐ NÃO	CNS	
ENCAMINHAMENTO		☐ Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS ☐ Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica ☐ Alta ☐ Óbito		DATA DE CONCLUSÃO
AÇÕES REALIZADAS				
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CLASSIFICAÇÃO
				☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CLASSIFICAÇÃO
				☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CLASSIFICAÇÃO
				☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CLASSIFICAÇÃO
				☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CLASSIFICAÇÃO
				☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CLASSIFICAÇÃO
				☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE				☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território

CURRÍCULO LATTES

Fabiola Zioni

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3865892368069931>

Última atualização do currículo em 29/12/2017

É graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologie da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França. Atualmente é responsável por três disciplinas de Curso de Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública- USP: Antropologia da Saúde, Metodologia de Pesquisa I e II. É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde, saúde mental. Foi presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP de 2006 a 2010. Foi coordenadora do Curso de Especialização à Distância Docência de Sociologia no Ensino Médio e autora e responsável pelo Bloco Sociologia - Teorias Clássicas e Contemporâneas e Temas e métodos de pesquisa em sociologia (USP-Secretaria de Estado de Educação - Estado de São Paulo). Foi diretora do Coral USP de 2012 a 2015. Coordenou projeto de extensão junto a Agentes Comunitários de Saúde, no Vale do Ribeira, em parceria com a Fundação Abrinq. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Fabiola Zioni
Nome em citações bibliográficas	ZIONI, F.; ZIONI, FABIOLA; ZIONI, FABIOLA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617757 Fax: (11) 30617757 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1989 - 1994	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Pesquisa Participante: relato e avaliação de uma experiência, Ano de obtenção: 1994. Orientador: Aracy Wilt de Pinho Spínola. Palavras-chave: Movimentos Sociais; Participação popular; Pesquisa Participante. Grande área: Ciências da Saúde
1980 - 1988	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Mulheres e crianças primeiro. O caráter da intervenção do estado no grupo materno-infantil da colônia ao milagre brasileiro, Ano de Obtenção: 1988. Orientador: Arnaldo Augusto Franco de Siqueira. Palavras-chave: História da Saúde Pública; políticas públicas; Políticas Sociais; Saúde Materno-Infantil; Sociologia da Saúde. Grande área: Ciências da Saúde
1979 - 1979	Especialização em Curso de Especialização Em Saúde Pública Para Outr. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1974 - 1974	Especialização em Educador em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1969 - 1973	Graduação em Ciências Sociais. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1966 - 1968	Ensino Médio (2º grau). Colégio Nossa Senhora do Rosário, NSROSÁRIO, Brasil.

Talita Gomes Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0286175631419847>

Última atualização do currículo em 22/09/2018

Resumo informado pelo autor

Terapeuta Ocupacional graduada pela UNIFESP; Mestranda em Ciências pelo Programa de Saúde Pública pela FSP-USP; Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela FIOCRUZ; Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública, pela FSP-USP; Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva-LASAMEC (grupo de pesquisa vinculado ao CHiPq); Terapeuta Ocupacional da Prefeitura de Itapevi (atuando em CAPS II).
(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Talita Gomes

Dados pessoais

Nascimento 07/05/1989 - São Paulo/SP - Brasil

CPF 368.767.518-13

Formação acadêmica/titulação

- 2016** Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: Desenvolvimento de Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental
Orientador: Fabíola Zioni
- 2016 - 2017** Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde.
Fundação Coarado Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil
Título: Ações preventivas de Câncer de colo de útero e de mama em usuários de um CAPS II da região metropolitana de São Paulo
Orientador: Páby Fidele de Almeida
- 2013 - 2015** Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública.
Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, CEAFUSP, São Paulo, Brasil
Título: Os Centros de Atenção Psicossocial estão realizando ações territoriais? Uma revisão sistemática
Orientador: Alberto Olavo Advincula Reis
- 2008 - 2011** Graduação em Terapia Ocupacional.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil

Formação complementar

- 2010** Núcleo de estudo em Modelo Comportamental. (Carga horária: 8h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 2008** Estágio universitário em Sem Viver na Melhor Idade-Sem/MI. (Carga horária: 28h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- 2009 - 2009** Núcleo de Estudos em Imunologia. (Carga horária: 8h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 2012 - 2012** Curso de curta duração em Curso Inicial para Terapeutas em Saúde Visão. (Carga horária: 12h).
Associação Educacional para Múltipla Deficiência, AHEMISA- Assoc.Ed, São Paulo, Brasil
- 2012 - 2012** Curso de curta duração em Encontro de Eng e Arquitetos sobre Acessibilidade. (Carga horária: 4h).
Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, SODP, Brasil
- 2008 - 2010** Estágio universitário em Era uma vez-Pedra do Hospital Santa Casa-Serico. (Carga horária: 200h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 2008 - 2010** Estágio universitário em Treinamento de mães para estimular bebê pré termo. (Carga horária: 200h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 2009 - 2009** Estágio observatório em Terapia Ocupacional. (Carga horária: 30h).
CAPS Infantil - Centro de atenção psico social, CAPS, Brasil
- 2008 - 2009** Monitoria de Trabalho em Saúde. (Carga horária: 304h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 2008 - 2008** Núcleo de estudo em Terapia Ocupacional. (Carga horária: 30h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil

Atuação profissional

1. Prefeitura de Itapevi (SP) - PREFEITAPEVI