



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATÁLIA DA SILVA OLIVEIRA

**ENTRE O SABER POPULAR E A CIÊNCIA: O SOFRIMENTO
MENTAL NA ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**CAJAZEIRAS-PB,
2011**

**ENTRE O SABER POPULAR E A CIÊNCIA: O SOFRIMENTO
MENTAL NA ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

NATÁLIA DA SILVA OLIVEIRA

**ENTRE O SABER POPULAR E A CIÊNCIA: O SOFRIMENTO
MENTAL NA ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira.

Co-orientadora: Prof^ª. MS. Álissan Karine Lima Martins

**CAJAZEIRAS – PB,
2011**



0482e Oliveira, Natália da Silva.
Entre o saber popular e a ciência: o sofrimento mental na ótica dos agentes comunitários de saúde / Natália da Silva Oliveira. - Cajazeiras, 2011.
49f. : il.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia e Apêndices.

1. Saúde Mental. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Saúde da Família. 4. Sofrimento mental. I. Oliveira, Francisca Bezerra de. II. Martins, Álissan Karine Lima. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 613.86

NATÁLIA DA SILVA OLIVEIRA

**ENTRE O SABER POPULAR E A CIÊNCIA: O SOFRIMENTO
MENTAL NA ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora.

Aprovada em ____ / ____ /2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr. Francisca Bezerra de Oliveira – UFCG
Orientadora

Prof^ª. MS. Álissan Karine Lima Martins - UFCG
Co-orientadora

Prof^ª. MS. Maria Rosilene Cândido Moreira - UFCG
Membro Examinador

À guerreira, amada, desafiadora e companheira, que sempre teve um gesto de amor para me oferecer: força e impulso essenciais que me fortaleceram durante esta minha caminhada. Mãe, o seu amor me potencializa, me alegra e faz de mim uma pessoa melhor!

Dedico,

AGRADECIMENTOS

Este é um espaço reservado para pessoas mais que especiais, ao vencer mais uma etapa da minha vida . O sentimento que me inunda é de imensa gratidão.

A Deus por sua infinita misericórdia e amor ter concedido o dom de viver a cada dia para poder lutar. Obrigada, Senhor pela a oportunidade da evolução espiritual através da superação, pelo aprendizado, pela força e por ter iluminado meu caminho. Sinto a tua presença meu Senhor dentro de mim. "A cada vitória o reconhecimento devido ao meu Deus, pois só Ele é digno de toda honra, glória e louvor". Senhor, obrigada pelo fim de mais essa etapa.

À minha amada Mãe Amélia, por ser uma mulher, mãe, guerreira e vitoriosa. Foi em teu amor, sensibilidade, compreensão, exemplo, apoio, força e companhia que me tornei a mulher de hoje e avanço uma fase tão sonhada na minha vida. Meu eterno agradecimento.

A meu Pai Assis, por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, homem de luta e fé .O senhor faz parte dessa vitória. Obrigada.

Aos meus irmãos Nóbrio, Noélia e Nataliano pelo apoio, carinho, compreensão e por ter me dado à oportunidade de construir junto a vocês uma relação harmonizada, de respeito e amor.

À vovó Amélia (in memória) pessoa especial na forma de agir, de tratar com delicadeza, gentileza e de fazer o bem. A alegria de viver que a senhora tinha mesmo em momentos difíceis fez despertar em mim uma força que me incentiva a ser feliz e lutar todos os dias.

Aos meus avôs João (in memória) e José (in memória) pelo seus exemplos de força.

A minha vovó Maria (in memória) que com seu carinho e entusiasmo me acalentava no colo quando criança.

A toda minha família: tios, tias, primos, primas e cunhadas. Em especial minhas Tias Tiquinha, Sineta, Rita, Cimar e Niná pelo companheirismo, carinho, força e atenção.

A minha prima Mundinha por todo amor, força, suporte e aconchego que me ofertaste durante esta trajetória. Minha eterna gratidão.

As minhas primas Catarina e Maria Francisca pelo cuidado , força e carinho que me deram, dando a segurança e certeza de que não estou sozinha.

À Tâmara Cristina, grande amiga companheira com quem compartilhei estes quatro anos de luta. Obrigada pelo carinho, paciência, pelos conhecimentos, otimismo e pelas palavras de entusiasmo e coragem.

À minha turma, com quem muito aprendi em nossas vivências compartilhadas e dificuldades enfrentadas. Em especial aos meus amigos queridos: Isaiane, Jussara, Kalline, Marina, Kylvia Luciana e Kylvia Kiev, Rayrla, Gabi, Marino, Thayron e Felipe.

À Abdon pelo carinho, força e apoio.

As minhas amigas Simone, Nilma, Gracinha, Rugarinha e Thereza D'ávila pelos momentos inesquecíveis que me proporcionaram fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

À Professora Dra. Francisca Bezerra que foi uma mestra orientadora e amiga, pois através de seu exemplo de mulher guerreira que luta pela causa do outro me incentivou e norteou a trabalhar com a saúde mental. Com sua simplicidade, humildade, sensibilidade, delicadeza e capacidade intelectual aprendi a encarar o sofrimento e ressignificar os conceitos e temores em minha vida. Hoje sou uma pessoa mais fortificada e feliz. Sou eternamente grata!

À Professora Alissan Karine pela disponibilidade em contribuir de forma valiosa nesta etapa de minha caminhada. Obrigada pela atenção e gentileza.

A todos os professores da graduação de enfermagem que contribuíram especialmente para a consolidação do meu papel como enfermeira, em especial aos professores: Mary Luce Mônica, Edineide, Aissa, Dionizio, Luciana, Cláudia e Berenice.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Uiraúna, que gentilmente participaram desta pesquisa.

À todos que passaram em minha vida, seja pelo gesto ou pela palavra. Obrigada!

Certeza

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que
Estamos sempre começando...
A certeza de que
Precisamos continuar...
A certeza de que
Seremos interrompidos antes de continuar...
Portanto devemos...
Fazer da interrupção,
Um caminho novo...
Da queda,
Um passo de dança...
Do medo,
Uma escada...
Do sonho,
Uma ponte...
Da procura,
Um encontro...*

Fernando Sabino

RESUMO

OLIVEIRA, N.S. e. **Entre o saber popular e a ciência: o sofrimento mental na ótica dos agentes comunitários de saúde.** 50sf. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

As atuais políticas de saúde mental preconizam a inserção do cuidado em saúde mental na conjuntura da rede de atenção básica por ser pautada nas diretrizes do SUS, pela congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e por trabalhar com o conceito de território, prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Um ator importante neste processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) devido seu trabalho na comunidade e a probabilidade de promover mudanças no campo da atenção em saúde mental. Este estudo buscou conhecer o saber dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca do sofrimento mental; identificar a noção de sofrimento mental do ACS e descrever a forma de identificação de pessoas com sofrimento mental pelos ACS, destacando as problemáticas. Esta pesquisa é de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, contou com a participação de nove ACS que atuam em duas unidades da ESF do município de Uiraúna - PB. Os instrumentos para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada com questões objetivas e questões norteadoras para a realização da entrevista. Os dados qualitativos foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo, em sua modalidade de Análise Temática. A pesquisadora seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Constatou-se que os sujeitos do estudo eram exclusivamente do sexo feminino, com a média de idade de 36 anos e 44,44 % eram casadas. Em relação ao nível de escolaridade 55,55% concluíram o ensino médio. Todas as ACS residiam na área de atuação, com média de tempo de serviço de aproximadamente 10 anos. A partir da Análise Temática foram identificados dois temas: Sofrimento mental na perspectiva das ACS e Identificação de pessoas com sofrimento mental pelas ACS. Constatou-se que as ACS encontram cotidianamente pessoas com problemas mentais na comunidade, no entanto, o saber que fundamenta suas ações em saúde é constituído por um saber que transita entre o científico e o popular, construído por meio da prática e da vivência, devido à falta de cursos de capacitação nesse campo de prática. A noção destas profissionais em relação ao sofrimento mental ainda está vinculada à ideia de desequilíbrio, de incapacidade e de falta de controle dos impulsos. As ACS identificam as situações de sofrimento mental através da observação de comportamentos destoantes, presença de agressividade, desorientação, isolamento e tristeza. A relevância da capacitação em saúde mental para esses profissionais favorece maior articulação entre os serviços e a integralidade na atenção. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir no sentido de repensar os saberes e as forma de lidar em saúde mental pelos ACS.

Palavras - chave: Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Saúde Mental.

ABSTRACT

OLIVEIRA, N.S. e. **Between the Knowledge popular and the scien: mental suffering otic of health communitarian agents.** 50sf. Final Paper Academic Unit of Life Sciences (AULS), Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

The current policies of mental health advocate the insertion of the care in mental health in the conjuncture of the basic attention network for being ruled by the guidelines of SUS (Health Care System), for its congruence with the principles of the Psychiatric Reform and for working with the concept of territory, prevention, promotion and rehabilitation of health. An important performer in this process is the Health Communitarian Agent (HCA) due to his work in the community and the probability of promoting changes in the field of attention in mental health. This study searched to find the knowledge of the Health Communitarian Agents (HCA) about the mental suffering; to identify the notion of mental suffering of the HCA and to describe the form of identification of people with mental suffering by the HCA's, highlighting the issues. This research is exploratory, with qualitative approach, counted on the participation of nine HCA's who act in two units of FHS (Family Health Strategy) of the municipality of Uiraúna, PB. The instruments for data collection was a semi-structured interview guide with objective questions and leading questions as to the fulfillment of the interview. The qualitative data were analyzed by the method of the Content Analysis, in its modality Thematic Analysis. The researcher followed loyally the ethical observances of the Resolution 196/96 of the Health National Council. It was verified that the subjects of the study were exclusively female, with average age of 36 years old and 44,44% were married. Regarding the education level 55,55% concluded high school. All of the HCA's reside in the acting area, with average service time of approximately 10 years. From the Thematic Analysis were identified two themes: Mental suffering on the perspective of the HCA's and Identification of people with mental suffering by the HCA's. it was verified that the HCA's routinely find people with mental issues in the community, however, the knowledge that fundaments its actions in health is constituted by a knowledge which transits between the scientific and the popular, constructed through practice and living, due to the lack of training courses on this practice field. The notion of these professionals concerning mental suffering is still linked to the idea of mental instability, incapacity and lack of impulse control. The HCA's identify the situations of mental suffering through observation of divergent behaviors, presence of aggressiveness, disorientation, isolation and sadness. The relevance of the training in mental health for these professionals favors a higher articulation between the services and the integrity in the attention. It is hoped that this research may contribute in the rethinking of the knowledge and the ways of dealing with mental health by the HCA's.

Keywords: Health Communitarian Agents, Family Health Strategy, Mental Health.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro -1 Noções sobre sofrimento mental na perspectiva das ACS de duas equipes de ESF de Uiraúna-PB..... | 31 |
| Quadro - 2 Características de uma pessoa com sofrimento mental a visão das ACS de duas equipes de ESF de Uiraúna-PB..... | 35 |

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Caracterização das ACS de duas Unidades Básicas de Saúde de Uiraúna-PB..... 30

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CSN _ Conferencia Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 17 |
| 2.1 CONTEXTUALIZANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL..... | 17 |
| 2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA.. | 21 |
| 2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL | 24 |
| 3 PERCUSO METODOLÓGICO..... | 26 |
| 3.2 TIPO DE ESTUDO..... | 26 |
| 3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA..... | 26 |
| 3.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS..... | 27 |
| 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 27 |
| 3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 28 |
| 3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISADORA..... | 28 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 29 |
| 4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA..... | 29 |
| 4.2 SOFRIMENTO MENTAL NA PERSPECTIVA DAS ACS..... | 30 |
| 4.3 IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL PELAS ACS..... | 34 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 39 |
| REFERÊNCIAS..... | 41 |
| APÊNDICES | 46 |
| APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO..... | 47 |
| APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... | 49 |

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por atores sociais diversificados: usuários, familiares, profissionais, intelectuais e estudantes. Este processo é compreendido como um novo paradigma em saúde mental que se fundamenta pela desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, ou seja, como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em relação ao sofrimento mental, tendo como foco principal o sujeito e sua singularidade e não a doença (AMARANTE, 2007).

Foi a partir da Lei Federal 10.216/2001, considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental para serviços de base comunitária, que a pessoa em sofrimento mental passa a ser visto como um ator social importante, com pleno direito à cidadania, à autonomia, ao acolhimento e a uma atenção de qualidade, em serviços substitutivos de base comunitária. Esta Lei fundamenta a reformulação das políticas em saúde mental no Brasil, propondo uma transformação no modelo de assistência à saúde mental e na abordagem comunitária/familiar em detrimento do modelo tradicional e centralizador biomédico (OLIVEIRA *et al*, 2009).

A atenção básica a saúde favorece a expansão de ações que priorizam a organização de cuidados voltados para atenção à família em seu espaço social como foco da atenção à saúde. Essa estratégia de cuidado promove um olhar plural frente à complexidade dos cotidianos nos diferentes contextos, e requer um pensamento holístico. Entre tantas características a atenção básica operacionalizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), é marcante a possibilidade de se conhecer a estrutura ou sistema em que se organiza a vida de determinada comunidade; prestar uma assistência universalizada, com descentralização de decisões; e contar com bases territoriais definidas para a atuação, vendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde (BRÊDA; ROSA; PEREIRA; SCATENA, 2005).

Daí a importância do Ministério da Saúde defender a inclusão do novo modelo em saúde mental na conjuntura da rede de atenção básica por a mesma ser pautada nas diretrizes do SUS e por sua congruência com os princípios e práticas da Reforma Psiquiátrica, ou seja, trabalha com o foco no cotidiano da família e da comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos

tendo como dispositivo potencial para a concretização desta articulação entre saúde mental e atenção básica a ESF.

Nessa perspectiva, a III e a IV Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), realizadas em Brasília, em 2001 e 2010, enfatizaram a necessidade de que a atenção à pessoa com sofrimento mental deve ser atendida na rede básica de saúde, especialmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da integralidade e intersetorialidade (BRASIL, 2002; 2010).

A interação atenção básica e saúde mental tem se configurado como uma das estratégias para consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, organizar a atenção à saúde mental na atenção básica deve ser uma prioridade, uma vez que irá produzir uma atenção integral, contínua e de qualidade ao usuário em sofrimento mental. Como a ESF trabalha com o território, assim ela se torna uma colaboradora no processo de (des) construção do paradigma hospitalocêntrico no interior da comunidade. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito da equipe da ESF se destaca por ser um ator importante neste processo, pois circula no espaço da comunidade e faz a articulação entre a equipe de saúde e a comunidade, favorecendo o trabalho de vigilância e da promoção de saúde (BRASIL, 2001; DIMENSTEIN, *et al*, 2005).

Através de pesquisas desenvolvidas por Oliveira e Oliveira em 2011 na rede de atenção básica do município de Cajazeiras- PB, foi possível constatar que há uma demanda de pessoas em sofrimento mental na comunidade, sendo a maioria egressa de hospitais psiquiátricos ou que faz uso de medicamentos psicotrópicos o que confirma a necessidade da articulação entre saúde mental e atenção básica, no referido município e que para o fortalecimento desta articulação é importante atuação do ACS no contexto da equipe da ESF, uma vez que esses profissionais agem inseridos na comunidade, na família e no serviço de saúde.

Todos esses dados revelam a importância da ESF como instrumento na rede de atenção em saúde mental, uma vez que comunga com os princípios da Reforma Psiquiátrica e apresenta em seu contexto um ator social relevante o ACS. É neste contexto que esta pesquisa emergiu na perspectiva de contribuir para o debate e aprofundamento acerca da necessidade da interface saúde mental e atenção básica, especialmente, em relação aos saberes dos ACS sobre o sofrimento mental. Desta forma, este estudo investiga as noções que os ACS têm acerca do sofrimento mental com a intenção de fornecer informações que amparem modificações na assistência em

saúde mental, de forma a gerar uma discussão sobre a articulação saúde mental e atenção básica. Considera-se, pois, que a inserção da saúde mental na atenção básica se impõe como algo necessário no campo das políticas públicas de saúde dos municípios.

Tem-se como pressuposto que estes profissionais são fundamentais no processo de efetivação das ações de saúde mental na atenção básica, devido sua relação diária com as famílias e por serem membros da comunidade, possibilitando assim, o acolhimento, a construção de vínculos e o conhecimento de demandas em saúde mental que não chegam a ESF de forma espontânea.

Neste sentido, este estudo teve como objetivos: Conhecer o saber dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca do sofrimento mental; Identificar a noção de sofrimento mental do ACS e Descrever a forma de identificação de pessoas com sofrimento mental pelos ACS, destacando as problemáticas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica é um movimento em processo de construção, envolvendo aspectos político, jurídico, legislativo, administrativo e cultural. É compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. Neste processo, estão inseridos vários atores sociais: usuários, familiares, políticos, líderes espirituais, sociedade civil que tentam resgatar a dignidade e os direitos das pessoas que sofrem com o preconceito e a exclusão (BRASIL, 2005; OLIVEIRA *et al*, 2009).

A década de 1980 se caracterizou por ser uma época marcada por importantes transformações políticas, pois já nos primeiros anos havia todo um movimento político voltado para a democracia do Brasil, que viveu sob égide do governo militar, autoritário por quase vinte anos. Esse processo de redemocratização foi fortalecido pela eleição mesmo que indireta do primeiro governo civil da Nova República. E em meio a todas estas mudanças houve um movimento político-ético na busca da transformação do setor saúde que foi chamada Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária tomou um impulso com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma Ata, na Rússia, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”. A partir da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980, a Atenção Primária à Saúde tornou-se uma orientação nacional para reorganizar o modelo assistencial nos serviços básicos de saúde (BRASIL, 1999).

Em 1986 aconteceu a VIII CNS, que fortificou a percepção de que saúde é um direito do cidadão e um dever do estado, um conceito ampliado de saúde que envolve promoção, proteção e recuperação, servindo como base para a elaboração da Constituição de 1988. A partir de então, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como princípios doutrinários à universalidade, a equidade, a integralidade, e como diretrizes organizativas a descentralização, a regionalização, a hierarquização e o controle social (BRASIL, 1999). Esta nova concepção de saúde cria novas dimensões que não reduz a saúde apenas com ausência de doença, mas estende à vida com qualidade.

Por conseguinte, a Reforma Sanitária estruturou a saúde como direito de cada cidadão e redirecionou a assistência para Atenção Primária à Saúde impulsionando assim, a luta pela reforma psiquiátrica.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica teve início no Brasil no final dos anos de 1970 com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Em 1987, foi realizado o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios” e instituiu o dia 18 de maio como “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, contribuindo assim, para a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este movimento representa uma crítica ao modelo psiquiátrico tradicional e “hospitalocêntrico”- que tem como pedra angular o isolamento social do doente mental. A Reforma Psiquiátrica se fundamenta na desinstitucionalização proposta por Franco Basaglia que compreende não só desconstrução dos espaços asilares, mas na construção de novos conceitos e práticas em saúde mental, com ênfase no usuário, família e comunidade objetivando a cidadania e (re) inserção social das pessoas com sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se diferencia das demais reformas ocorridas em países da Europa e dos Estados Unidos, por valorizar a participação social. A importância da participação efetiva da sociedade civil por meio da organização de profissionais, usuários e familiares no Movimento de Luta Antimanicomial tem sido fundamental para o avanço das conquistas no campo da saúde mental (DESVIAT, 1999).

Foi este âmbito de transformações que impulsionou no Brasil, nas últimas décadas, as edições das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) que têm originado propostas que vão ao encontro dos princípios norteadores de assistência à saúde delimitada no SUS, com ênfase em uma assistência de qualidade que proporcione acolhimento, autonomia, cidadania e inclusão social.

A I CNSM, realizada no Rio de Janeiro, em 1987, criticou, de forma veemente, o modelo assistencial “hospitalocêntrico”, considerado de alto custo, iatrogênico, ineficaz, segregador e violador dos direitos humanos fundamentais. Ficou patente a necessidade de superação desse modelo de atendimento.

Em 1992 ocorreu em Brasília, a II CNSM, na oportunidade foram destacados os resultados obtidos em eventos político-científico-éticos, fundamentais para o processo de Reforma Psiquiátrica. Entre eles a Declaração de Caracas que fundamenta os

cuidados para a atenção primária à saúde e os processos de reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e em saúde mental (OPAS, 2001).

A realização da III CNSM, em Brasília, em 2001, cujo tema principal foi a “Reorientação do Modelo Assistencial: cuidar sim, excluir não”, mostrou a necessidade urgente de superação do modelo manicomial e a necessidade de propostas, metas e estratégias que, efetivamente, contribuam para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, ou seja, para a construção de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao manicomial, ancorada em uma assistência com princípios básicos de humanização, fácil e amplo acesso, controle social e um cuidar criativo, solidário e ético. Desta forma, a III CNSM consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial em saúde mental, e defende a construção de políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Toda esta luta teve como marco legal a aprovação da Lei nº 10.216/01 proposta pelo Deputado Federal Paulo Delgado, que regulamenta os direitos dos indivíduos com transtorno mental, intensifica as políticas públicas e a necessidade da construção de serviços substitutivos em saúde mental, objetivando a cidadania, (re) inserção social desse novo sujeito de direitos. Esta lei cumpriu um relevante papel que foi o de estimular reflexões sobre a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e suscitar decisões importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país (BRASIL, 2001). O combate aos estigmas é a principal medida para garantir o sucesso da Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa lei segue a diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS): garantir tratamento de qualidade aos pacientes sem necessidade de internação.

Após nove anos da realização da última CNSM, em 2010, ocorreu a IV CNSM, sob o tema “Saúde Mental: direito e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios”. Este evento contou com a participação efetiva de vários Ministérios e Secretarias do Governo Federal, como: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos e os Ministérios do Desenvolvimento Social, da Justiça, da Cultura, da Educação e do Trabalho, apontando à necessidade da integralidade e da intersetorialidade para consolidação Reforma Psiquiátrica. A IV CNSM reafirmou os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica reafirmando que o usuário seja visto como um ator social importante, com pleno direito à cidadania, à autonomia,

ao acolhimento e a uma assistência de qualidade, em serviços de base comunitária. (BRASIL, 2010)

Isto tem viabilizado na prática a construção de uma rede de atenção psicossocial, que se processa através da criação de equipamentos diversificados, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) considerados pelo Ministério da Saúde, serviços estratégicos para o cuidado em saúde mental.

Os CAPS são dispositivos destinados a promover a atenção ao usuário em sofrimento mental, a partir de uma clínica ampliada, com ênfase no acolhimento, na autonomia e na inclusão social, por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Estes serviços se configuram como equipamentos fundamentais para a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e se diferenciam segundo o porte, capacidade de atendimento, clientela atendida sendo organizados de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros, nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

Para Amarante (2003), os CAPS são instituições destinadas a proporcionar atenção à pessoa em sofrimento mental, visando à integração social e familiar de cada sujeito. Além disso, esses serviços servem como apoio na busca da autonomia, da cidadania, no agenciamento de experiências subjetivas, por meio do atendimento de uma equipe interdisciplinar: médico, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, pedagogo, músico, artesão, entre outros profissionais. É no próprio “território” do sujeito, ou seja, no ambiente da cidade em que acontece a vida cotidiana dos usuários destes serviços e de seus familiares, que o CAPS tem uma atividade ampliada.

Segundo este autor, as ações desenvolvidas nos CAPS são diferentes das realizadas nos hospitais psiquiátricos, pois ocorre no próprio espaço da cidade. Os trabalhos devem ser desenvolvidos, sobretudo, fora dos serviços, no cotidiano das ruas, das praças, ampliando desta forma a rede social de cada sujeito, tendo sempre em vista sua singularidade. Os CAPS devem favorecer aos usuários a (re) inserção social, por meio de atividades diversificadas: terapia medicamentosa, atividades grupais, assembleias dos usuários, apoio aos familiares, atividades de geração de renda/trabalho e de lazer, projetos de alfabetização, oficinas de pintura e de teatro.

Com o intuito de fortalecer os avanços da Reforma Psiquiátrica o Ministério da Saúde (2004) assegura que a unidade de ESF passa também a ser vista como dispositivo que promove novas formas de relacionamento com a loucura, a subjetividade, assim como prevenção e promoção da saúde. Desta maneira, a ESF atua ao mesmo tempo “desconstruindo e construindo no interior das casas, na vizinhança, na comunidade, no bairro, outras relações com as diferenças, permitindo outro espaço de circulação que não apenas o ‘especializado’” (SOUZA, 2004).

A importância de inserir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais, garante às pessoas com sofrimento mental, a usuários de álcool e outras drogas, e às pessoas afetadas pela violência, a reinserção no meio social aumentando a qualidade de vida e promovendo assim, a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção, pautada na lógica da intersetorialidade, tendo como formas de organização as equipes matriciais e de referência (BRASIL, 2010).

Ampliando assim, a vertente da desinstitucionalização que não se reduz apenas à substituição do hospital psiquiátrico, mas envolve questões de caráter técnico-administrativo-assistencial e do campo jurídico-político e sociocultural, como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Isto favorece construção de políticas públicas de atenção à saúde mental voltada para as reais necessidades da população, a partir da lógica da atenção integral, do acolhimento e da intercessão saúde mental e atenção básica.

2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afincamento à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto de trabalho de ambulatórios e da Atenção Básica (AB) em qualquer uma de suas formas. (BRASIL, 2004).

A atenção básica, conforme o Ministério da Saúde (2004) se fundamenta na Lei nº 8.080/90 e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a saúde como direito, a integralidade de assistência, a universalidade, a equidade, a resolutividade, a

intersetorialidade, a humanização no atendimento e a participação social, os quais convergem com a proposta das atuais políticas públicas em saúde mental.

A atenção básica à saúde é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999). Atualmente sua operacionalização ocorre por meio da ESF inspirada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará em 1987, como artifício de um programa de emergência de combate à seca, com a repercussão política pelos resultados positivos, especialmente, na diminuição da mortalidade infantil no Estado, fez com que o Ministério da Saúde o estendesse a todo país. O programa de Saúde da Família hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criado em 1994, pelo Governo Federal, sendo considerada uma das formas de atenção primária em saúde e objetiva reverter o modelo assistencial biomédico, para um modelo com foco na saúde e na família (MENDES, 2002).

A ESF é uma das táticas de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Fundamentada nos eixos transversais da integralidade, universalidade e equidade, a ESF trabalha intervindo nos problemas e enfocando as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. O Ministério da Saúde em 2006 apontou a inclusão de parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica revelando assim a importância da integralidade da atenção à saúde, constatando que as equipes de atenção básica podem realizar cuidados em relação à saúde mental (BRASIL, 2006).

Silveira e Vieira (2007) aponta que cotidianamente as unidades da ESF se deparam com problemas de saúde mental, visto que aproximadamente entre 44% e 56% dos usuários atendidos pelo médico das ESF sofrem de um transtorno mental relevante. Assim, enfatizamos a articulação da assistência em saúde mental com atenção primária por fazer parte do plano de reestruturação do SUS, e, por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes das ESF se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento mental. Além disso, “existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis [...]

todo problema de saúde é também e sempre de saúde mental, e que toda saúde mental é também e sempre produção de saúde” (BRASIL, 2005).

Assim,

A ESF é a porta de entrada do sistema único de saúde, trabalhando de forma integrada com a atenção primária, constituindo de forma desafiadora como uma das principais parceiras nas ações de saúde mental (AMARANTE, 2007, p.13).

Para Andrade, Buchele e Gevaerd (2007), a inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica será plausível quando descobrir um caminho para superar o problema da acessibilidade em saúde mental. Através da construção de uma rede comunitária de cuidados, articulada entre os diversos equipamentos do município, e não apenas de equipamentos de saúde, é possível garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania da pessoa com sofrimento mental.

Nessa perspectiva, a noção de território é fundamental, significa além de espaço geográfico, a necessidade de mobilizar os recursos da comunidade: comércio, igrejas, associações, escolas, clubes e todos os dispositivos que possam contribuir para a (re)inserção do indivíduo na sociedade, promovendo a sua autonomia (BRASIL, 2005; BARROSO;SAMPAIO, 2001).

Corroborando, Silveira e Vieira (2007) defende que o conceito de território inserido na ESF constitui uma forte interface com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com seus princípios de territorialização e responsabilização pela demanda, a ESF permite uma nova visão em saúde mental, rompendo o modelo biomédico tradicional além de fortalecer as ações intersetoriais.

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da ESF se comprova diariamente, nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento mental nas unidades de saúde é frequente, as queixas são as mais variadas. Sendo assim, e para isso seria extraordinário é imprescindível que a equipe esteja preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários. Outro ponto a favor desta articulação é o critério populacional mínimo para implantação de uma unidade de ESF, já que para a criação de CAPS o município deve possuir no mínimo 20.000 habitantes, enquanto que para a criação da ESF é necessário uma população de no mínimo 2.400 pessoas (CAÇAPAVA; COLVEIRO, 2008).

Hoje, mais do que oferecer um cuidado básico, a ESF vem se deparando com a necessidade de oferecer um cuidado integral. O campo da atenção básica pode se concretizar um novo fazer saúde, especialmente, saúde mental de base comunitária estimulando reflexões sobre novas formas de compreender e lidar com o sofrimento mental (CABRAL, 2001).

Deste modo, podemos concluir que a ESF é um dispositivo potente que pode levar recursos de cuidado em saúde mental a localidades que possuem o CAPS e aquelas que não o possuem. Casé (2001) sugere que em municípios que possuam CAPS haja uma ampliação da comunicação entre estes serviços com as equipes de saúde da família, proporcionando maior qualidade, acompanhamento contínuo e longitudinal e rapidez no atendimento das demandas que habitualmente são da saúde mental.

2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL

Um profissional estratégico que merece destaque dentro da equipe multiprofissional da ESF é o ACS. Esses profissionais são responsáveis pelo cadastramento das famílias que residem na área de cobertura da equipe de saúde, passando a conhecer as reais necessidades dos indivíduos, constituindo-se assim como um potencial mediador de mudanças em saúde mental.

Perante essa equipe multiprofissional, é de responsabilidade do ACS: promover ações de prevenção e promoção, nos campos da educação e da saúde; mobilizar a comunidade para melhorias do meio ambiente, com ações de saneamento básico e incentivo à participação da comunidade; informar e direcionar a população acerca dos serviços de saúde existente e como utilizá-los realizando, assim, ações de promoção social e desenvolvimento da cidadania; mapear sua área de abrangência (micro área) e cadastrar e realizar acompanhamento constante através de visitas domiciliares individuais ou coletivas (BRASIL, 2001).

O trabalho do ACS ganhou forças a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), principalmente na Região Nordeste do Brasil. O PACS pode ser considerado pioneiro em incorporar as propostas da atenção primária à saúde, a descrição de clientela e extensão de cobertura no desenvolvimento de suas ações. A

escolha da Região Nordeste para iniciar o PACS foi motivada pela existência de maiores indicadores de doenças, pobreza e miséria (SOUZA, 2003).

Em 1994, com a criação do PSF, atualmente denominado ESF, os ACS foram incluídos na equipe multiprofissional de Saúde da atenção básica. Os ACS têm amparo legal por meio da Lei 10.570 de 10 de julho de 2002, que criou a profissão e estabeleceu os requisitos para seu exercício. Estes profissionais possuem um papel importante no processo de trabalho da ESF, pois atuam como elo entre a comunidade e os demais membros da equipe de Saúde da Família, principalmente pelo vínculo que deve estabelecer com a família, possivelmente, proporcionando confiança, solidariedade e respeito, aspectos fundamentais na promoção da saúde (SOUSA, 2007).

O trabalho do ACS desenvolve-se em determinado território circunscrito, encontrando-se as mais diversas demandas de saúde e condições socioeconômicas. Território entendido como espaço de identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos sociais, ação deliberada das pessoas e atuação protagonista (CAMPOS, 2005). Neste sentido, o ACS é considerado o elo entre a equipe de saúde e comunidade, na medida em que estabelece um vínculo com a mesma, o que permite a associação entre as informações técnico-científicas e o saber popular, facilitando o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Portanto, estes profissionais se apresentam como um intermediário entre a comunidade e a equipe de saúde, uma vez que são moradores da comunidade e estão sempre informados dos problemas cotidianos por meio do contato com as famílias. Esse contato estabelece vínculos com os moradores, que é de fundamental importância para a reabilitação e reinserção dos usuários de saúde mental na sociedade. Através do seu trabalho, o ACS dissemina informações, ajuda no esclarecimento a respeito de inúmeros problemas, inclusive sobre a loucura, podendo contribuir para a quebra de preconceitos e estereótipos acerca da loucura. O ACS circula cotidianamente pelos dois cenários (comunidade e ESF), tornando-se um elo entre o serviço e a comunidade, sendo o profissional da equipe que se faz mais presente na comunidade e é com ele, que se inicia a na maioria das vezes, a relação entre usuário e equipe de saúde (LEÃO; SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa.

Minayo (2003) propõe que o trabalho com a pesquisa qualitativa permite lidar com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações de natureza. (MINAYO, 2003).

Para Gil (2001) a pesquisa exploratória visa proporcionar maiores informações para o pesquisador acerca do tema trabalhado, possibilitando-o levantar problemáticas e/ou criar hipótese, apresentar soluções que possam ser aprofundadas em estudos posteriores.

3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em duas ESF do município de Uiraúna - PB. Segundo a Secretaria de Saúde, atualmente a cidade de Uiraúna apresenta seis unidades de ESF, na zona urbana e rural. Cada unidade contém em média 01 enfermeiro, 01 médico, 01 dentista, 02 técnicos de enfermagem e 06 ACS. A escolha das duas unidades se deu pelo maior número de agentes de saúde cadastrados com área de abrangência nas zonas urbana e rural e bom acolhimento dos profissionais da equipe de saúde .

Uiraúna é um município brasileiro do Estado da Paraíba localizado na microrregião de Cajazeiras, com área territorial de 294, 497 Km² e densidade demográfica de 49,52 hab/Km², a 476 quilômetros da capital do Estado - João Pessoa. A fundação deste município ocorreu em 02 de dezembro de 1953, conhecida como a Terra dos Músicos e Sacerdotes, devido à forte vocação dos munícipes nessas profissões, cuja população é de 14.584 habitantes. (IBGE 2010).

Os sujeitos do estudo foram nove ACS que atuam nas unidades de ESF escolhidas. Atualmente a rede de atenção básica do referido município conta com 34 ACS. A focalização neste grupo deveu-se a ser uma categoria que cotidianamente mantém contato com a população, podendo identificar possíveis agravos à saúde mental.

Este estudo objetivou trabalhar com o universo de todos os ACS das duas ESF escolhidas, independentemente de qualquer variável socioeconômica e grau de

escolaridade. Como critérios de inclusão foram estabelecidos os seguintes: o profissional trabalhar há pelo menos seis meses na atenção básica e ter acompanhado ou esteja acompanhando pessoas com sofrimento mental. Não foi excluído nenhum sujeito, no entanto, um não participou do estudo por motivos pessoais.

3.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Utilizou-se para a coleta de dados um roteiro de entrevista semiestrururada (APÊNDICE B) contendo questões objetiva referente aos dados pessoais/profissionais no qual foi dado ênfase ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de experiência na ESF se reside na área de abrangência da ESF, e com questões subjetivas que nortearam as falas em direção aos objetivos do estudo: O que você entende por sofrimento mental? Para você o que é ser uma pessoa com sofrimento mental? Já identificou alguma situação de sofrimento mental em sua área de atuação? Como você identifica pessoas com sofrimento mental? O que você faz quando identifica? Quais as dificuldades para identificação de pessoas com sofrimento mental? Você já participou de curso de capacitação em saúde mental? Como foi essa experiência?

Nesse tipo de coleta de dados, segundo Minayo (2003), o entrevistado tem a possibilidade de relatar, de forma que sua fala não fique restrita a condições pré-estabelecidas pelo pesquisador.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em outubro de 2011. A pesquisa foi iniciada em campo posteriormente a explicitação dos objetivos da pesquisa e a autorização da gestora de saúde e dos enfermeiros de cada unidade da ESF. A coleta foi realizada nos turnos da manhã e da tarde, dando a opção para a entrevista ocorrer na unidade básica de saúde ou na residência dos ACS, de forma que fosse realizada em um ambiente tranquilo.

A entrevista foi aplicada pessoalmente pela própria pesquisadora, levando em consideração à disponibilidade dos sujeitos da pesquisa. Vale ressaltar que os ACS assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A), obedecendo

aos aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo, em sua modalidade de análise temática. A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo das falas dos entrevistados, justifica-se por sua pertinência à análise do material produzido, por meio de entrevistas semiestruturadas, por ser “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977; p. 153).

O passo inicial para a organização do material foi à transcrição das entrevistas realizadas pela pesquisadora, resultando em textos. Por conseguinte, foram feitas leituras flutuantes deste texto e extraídas informações que tornaram possível inferir o conhecimento dos ACS em relação ao sofrimento mental.

A partir desta contextualização, novas leituras permitiram perceber as conexões e transitar entre os dados empíricos (falas) e o referencial teórico, permitindo estabelecer a categorização de dois temas: **Sofrimento mental na perspectiva das ACS e Identificação de pessoas com sofrimento mental pelas ACS.**

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISADORA

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campina Grande (UEPB), com parecer favorável sob o número de protocolo 0569.0.133.000-11.

A pesquisa foi norteada a partir de Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos contempladas na Resolução n.196/96, outorgada pelo Decreto n°. 93.933/87 (BRASIL, 1996).

Para preservar o anonimato dos profissionais, foi usado identificadores para a enumeração das entrevistas, por exemplo, ACS₁, ACS₂,... ACS₉.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A caracterização do perfil dos nove ACS que participaram deste estudo teve como base as variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de serviço e se reside na área de abrangência da ESF.

Todas as profissionais entrevistadas relataram que residem na área de abrangência de atuação, o que vai ao encontro do que preconiza o Ministério da Saúde todas apresentam vínculo empregatício de efetivo.

A tabela a seguir ilustra a característica de cada sujeito, segundo o sexo, escolaridade, o estado civil, a idade e o tempo de serviço:

Tabela 1- Caracterização das ACS de duas equipes de ESF de Uiraúna-PB

| ACS | SEXO | IDADE | ESTADO CIVIL | ESCOLARIDADE | TEMPO DE SERVIÇO |
|-----|------|-------|--------------|-------------------|------------------|
| 1 | F | 28 | Solteira | Superior completo | 4 anos |
| 2 | F | 30 | Casada | Médio completo | 6 anos |
| 3 | F | 31 | Casada | Superior completo | 11 anos |
| 4 | F | 36 | Divorciada | Superior completo | 10 anos |
| 5 | F | 40 | Solteira | Médio completo | 10 anos |
| 6 | F | 40 | Solteira | Superior completo | 14 anos |
| 7 | F | 40 | Casada | Médio completo | 14 anos |
| 8 | F | 40 | Divorciada | Médio completo | 4 anos |
| 9 | F | 42 | Casada | Médio completo | 12 anos |

Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

De acordo com os dados apresentados, pode-se constatar que todos os sujeitos entrevistados eram do sexo feminino. Atualmente, verifica-se um processo de feminilização do trabalho no campo da saúde, principalmente em atividades com exigência de nível médio.

Quanto à faixa etária, observa-se uma variação entre 28 a 42 anos e maior concentração na faixa etária entre 40 a 42 anos. Pode-se afirmar que é um grupo constituído por adultos jovens, possivelmente, com maior disposição para o exercício do

trabalho, visto ser uma faixa etária considerada ativa. Em relação ao estado civil observa-se prevalência de casadas 44,44%.

No tocante ao grau de escolaridade, observou-se que cinco ACS possuem o ensino médio completo e quatro, nível superior também completo. Segundo Tomaz (2002), a ampliação do papel dos ACS, decorrente da implantação da ESF, exige novas competências no campo político, social, bem como formação sólida, sendo necessário que ele tenha um grau de escolaridade mais elevado com vistas a atingir os objetivos complexos e abrangentes propostos nas suas atribuições.

Quanto ao tempo exercido na função de ACS a média de trabalho é aproximadamente de 10 anos. O tempo de serviço que uma pessoa exerce em determinada profissão reflete a sua percepção e interação com o mundo. Corroborando Sousa (2007) afirmam que os ACS enriquecem seu conhecimento através da interação estabelecida com as atividades exercidas ao longo do tempo de trabalho.

A partir da análise dos dados permitiu-se estabelecer a categorização de dois temas, que serão objeto de discussão a seguir: **Sofrimento mental na perspectiva das ACS e Identificação de pessoas com sofrimento mental pelas ACS.**

4.2 SOFRIMENTO MENTAL NA PERSPECTIVA DAS ACS

Segundo Oliveira *et al* (2009), comumente os profissionais da ESF se deparam com problemas relacionados à saúde mental no município de Cajazeiras – PB. Dimenstein *et al* (2005) destaca que uma parcela dos usuários atendidos pelo médico das equipes das ESF no Brasil sofre de um transtorno mental. Sendo assim, é perceptível a necessidade da intercessão entre a saúde mental e a atenção básica, como estratégia de estruturação de uma rede de atenção que atenda de forma eficaz as demandas de usuários com sofrimento mental.

Em relação as ACS entrevistadas todas referiram a presença de pessoas com sofrimento mental na sua área de atuação. Corroborando Oliveira e Oliveira (2011) afirmam que os ACS tomam conhecimento da demanda em saúde mental através de trabalho do cadastramento e visitas domiciliares. Portanto, por meio da visita domiciliar, da vivência e da prática cotidiana esses profissionais constroem, ao longo do tempo, noções a respeito do sofrimento mental.

No quadro 1 a seguir serão apresentadas noções sobre o sofrimento mental

Quadro 1- Noções sobre sofrimento mental na perspectiva das ACS de duas equipes de ESF de Uiraúna-PB

| ACS | RESPOSTAS |
|-----|--|
| 1 | Perda do equilíbrio emocional |
| 2 | Sem consciência da realidade |
| 3 | Uma deficiência na mente que interfere na vida social e familiar |
| 4 | Um distúrbio que impede da pessoa ter uma vida normal |
| 5 | Não se responsabilizam pelos seus atos. |
| 6 | Um desequilíbrio psicológico; |
| 7 | Uma interferência nas atividades diárias |
| 8 | Incapacidade de se relacionar de viver socialmente. |
| 9 | A pessoa que não tem noções de seus atos, age de forma inesperada. |

Fonte: Pesquisa de campo, 2011

Algumas ACS afirmam que o sofrimento mental/transtorno mental é um desequilíbrio da mente que pode alterar o cotidiano das pessoas. Nesse sentido, Lancetti (1989, *apud* Puel, Brum e May, 1997) postula que um transtorno mental grave leva a inadaptação e desajuste na ordem social e até nos valores culturais dos indivíduos.

As seguintes frases temáticas reforçam essas ideias:

“Eu acho que sofrimento mental torna a pessoa incapaz de assumir os próprios atos (...) já tive a chance de presenciar a crise de um vizinho e te digo que no outro dia para ele era como se nada tivesse acontecido” (ACS₅).

“Para mim o sofrimento mental é um distúrbio que afeta a capacidade de realizar coisas banais como, tomar um banho (...) e estas pessoas devem ter uma atenção diferenciada” (ACS₆).

“Sofrimento mental para mim é quando a pessoa não tem noção dos seus atos, age de forma inesperada e que a qualquer momento pode entrar em crise” (ACS₉).

Estas frases temáticas refletem uma visão acerca do sofrimento mental pautada no modelo médico-biológico, em que o sujeito é considerado alienado, incapaz de estabelecer relações sociais e realizar atividades de vida diária.

Tanto em Foucault (1978) com suas análises sobre o conflito entre loucura como desrazão e os princípios da ciência moderna, quanto em Goffman (1990) com seus estudos sobre instituições psiquiátricas e estigma, fica patente que a doença mental como algo da ordem do incontrolável tem sido construído e perpetuado por práticas discriminatórias.

A loucura ao ser apropriada pela medicina ao longo da história passou a significar *alienação* - algo estranho, erro, perda da razão, estado de contradição da alma, distúrbio das paixões humanas -, impossibilitando o “alienado” de estabelecer relações sociais, de exercer liberdade de escolha, de tal modo que não sendo livre, este não poderia ser considerado cidadão. Na medida em que o alienado é visto como um sujeito incapaz da razão e da verdade, é, por extensão, percebido como perigoso, para si e para os demais (OLIVEIRA; SILVA, 2008).

De acordo com estas autoras a pessoa com sofrimento mental ou doença mental ainda é representada pela maioria da população, como também por profissionais e estudantes, como um “outro” perigoso, um ser “fora de si”, irresponsável, incapaz ou excêntrico. As representações sociais associam tais comportamentos à incapacidade social, à impossibilidade de estabelecer trocas sociais. “Portanto, as nossas concepções de como cuidar do doente mental devem passar necessariamente pelo reconhecimento do significado social da doença mental e do valor simbólico da loucura” (OLIVEIRA; SILVA, 2008; p. 226).

Isso pode ser visto nos depoimentos a seguir:

“Um desequilíbrio que descontrola a mente, os atos (...) que interfere e muito na vida familiar e social” (ACS₃).

“Um distúrbio do equilíbrio mental que impede a pessoa definir o certo do errado” (ACS₉).

A definição de sofrimento mental como uma doença decorrente de um desequilíbrio mental levando ao descontrole dos atos é significativamente comum entre os ACS, o que exhibe uma forte associação da doença mental com o corpo, em sua dimensão mais concreta (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

A noção de sofrimento mental como um problema da ordem psicológica também está presente nas falas das ACS, estabelecendo a causalidade do transtorno psiquiátrico como decorrente de problema causado no psiquismo.

“Uma alteração na mente que interfere no próprio equilíbrio, especialmente, o psicológico” (ACS₁).

“(...) um transtorno como as psicoses (...)” (ACS₂).

“Sofrimento Mental que eu entendo (...) é um tipo de problema psicológico, que modifica o equilíbrio mental impedindo da pessoa ter uma vida normal” (ACS₆).

Corroborando Bezerra Jr. e Amarante (1992) assinalam que as teorias psicológicas e psicogênicas explicam o sofrimento mental como disfunção psíquica que se insere no mundo interno, no inconsciente profundo, desliza para uma concepção de sujeito referida uma essência oculta, uma verdade inscrita na interioridade.

A partir do processo da Reforma Psiquiátrica enfatiza-se a necessidade de pensar um instrumento teórico-conceitual que permita o labor terapêutico com o sujeito em sofrimento psíquico, circunscrito não apenas à dimensão biológica e psicológica, mas também social, cultural, histórica e política. Só assim será possível transcender o campo do que o paradigma psiquiátrico tradicional designou como lugar da loucura - o isolamento em espaços de exclusão social - para a constituição de dispositivos de atenção ancorado na singularidade e na subjetividade do sujeito.

Desta forma, trabalhar ancorado nos princípios da Reforma Psiquiátrica significa desenvolver ações em saúde mental que contemplem a dimensão sociocultural do processo da reforma, visando outro lugar para a loucura e para o sujeito em sofrimento mental, bem como favorecendo transformações do imaginário coletivo acerca da loucura. Além disso, é fundamental trabalhar as demais dimensões da Reforma Psiquiátrica (teórico-conceitual, técnico-assistencial e jurídico-política) que devem ser pensadas de forma integradas e articuladas, assegurando no cotidiano da vida outros significantes para o sofrimento mental, desconstruindo saberes e práticas em saúde mental e construindo a partir de novas perspectivas (AMARANTE, 2007).

Nesse processo de desconstrução de formas de lidar com o sofrimento mental o ACS é um ator social importante, uma vez que mora na comunidade e se depara no seu cotidiano de trabalho com pessoas com sofrimento mental, e se for capacitado com conhecimento teórico baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, poderão se constituir como recurso humano sensível a problemática do sofrimento mental.

Sob um olhar mais ampliado, algumas ACS referem o sofrimento mental como algo decorrente de fatores diversos: sociais, experiências traumatizantes e ausência de uma estrutura familiar. Como fica explícito nos seguintes relatos:

“Para mim não é só uma deficiência na mente, eu acho que é uma dificuldade, (...) um agravamento no decorrer da vida que a pessoa não conseguiu superar ai, chega num certo momento que a pessoa fica com aquele sofrimento mental” (ACS₃).

“(...) quando passa por uma situação que deixa um trauma na mente ai, a pessoa pode desenvolver o sofrimento” (ACS₇).

As ACS expõem ainda que certos acontecimentos na vida podem desestabilizar o estado emocional, como a perda de pessoas consideradas fundamentais no seu meio, a perda do emprego, alcoolismo na família, drogas e dificuldades financeiras também é implicado na origem do sofrimento mental. Segundo Sousa (2007), as bebidas e as drogas são entendidas como fatores desgastantes do corpo, que não podendo resistir aos seus efeitos, acabam por sofrer consequências de ordem mental.

Confirmando assim, as falas a seguir:

“(...) aquelas pessoas que não conseguem contornar uma dificuldade” (ACS₁).

“Perder alguém que ama e não superar para mim pode desenvolver um sofrimento mental eu falo porque quando me divorciei foi um baque se não fosse meu trabalho e minha família não sei o que teria sido (...)” (ACS₅).

“Eu acredito que qualquer pessoa pode está susceptível a um sofrimento mental, por exemplo; problemas financeiros abaïam muito uma pessoa” (ACS₈).

Observa-se nestas falas que há um conjunto de fatores que favorecem o desencadeamento do fenômeno da loucura. As ACS por conhecerem as condições de vida, os problemas vivenciados pela comunidade, as relações familiares e sociais que estabelecem, desenvolvem um conhecimento que transita entre o saber científico e o saber popular. Também podem atuar como um tradutor para a comunidade de orientações técnicas numa linguagem acessível à população.

4.3 IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL PELAS ACS

Para Sousa (2007) os ACS empregam diferentes parâmetros para identificar uma pessoa com transtorno mental, como padrões de normalidade ou anormalidade do comportamento.

Corroborando Serpa Jr. (2006), assegura que a identificação da pessoa com sofrimento mental na comunidade se dá considerando-as como aquelas que fogem ao

padrão de normalidade, o que remete à problemática do normal e do patológico, para um padrão oriundo de uma expectativa social que exige equilíbrio. As ACS entrevistadas apontaram características para uma pessoa com sofrimento mental, conforme o Quadro 2.

Quadro- 2 Características de uma pessoa com sofrimento mental a visão das ACS de duas equipes de ESF de Uiraúna-PB

| ACS | RESPOSTAS |
|-----|---|
| 1 | Agressividade, forma de falar e agir |
| 2 | Comportamento diferente do normal, agressividade. |
| 3 | Falas sem uma conexão, agressividade |
| 4 | Choro sem motivo |
| 5 | Negativismo, desânimo |
| 6 | Pessoas agitadas, nervosas e agressivas. |
| 7 | Dificuldade de falar e se locomover sozinha. |
| 8 | Mudança em hábitos alimentares e higiênicos. |
| 9 | Pessoa é muito hiperativa, ou isolada demais. |

Fonte: Pesquisa de campo, 2011

Para estas profissionais de saúde uma pessoa com sofrimento mental é aquela que foge do padrão de normalidade, ou seja, com comportamentos, atitudes e ações diferentes do comum. Consideram ainda que todo indivíduo com sofrimento mental demonstra no dia a dia a presença de comportamentos que destoam da realidade, como agressividade, desânimo, movimentos repetitivos, isolamento, angústia e tristeza. Como fica explícito nas seguintes frases temáticas:

“(...) uma mulher da minha aérea era alegre dona de sua casa de repente ela começou a não se interessar mais na limpeza da casa vivia pelos cantos sem ânimo, chorando, tratava as pessoas mal (...) então alertei a família para cuidar dela” (ACS₁).

“Identifico pelo modo de falar e a maneira de se comportar” (ACS₉)

Barros, Chagas e Dias (2009) concordam ao assegurar que entre estes profissionais está presente a ideia de que a pessoa com transtorno mental é facilmente

identificável em função de características comportamentais destoantes do consenso construído pelo imaginário coletivo.

Jaccard (1981 *apud* Puel, Brum e May, 1997) afirma que esta organização na forma de pensar, definindo o que é normal, é gerada pela sociedade. Tal organização ocorre quando percebe os sintomas da enfermidade mental, que são antagônicos aos padrões estabelecidos. Corroborando esta ideia, a fala do sujeito entrevistado, a seguir, deixa transparecer esta perspectiva social:

“(...) para mim uma pessoa tem sofrimento quando começa a realizar coisas que não são normais”. (ACS4)

A apresentação de comportamentos diferentes associado a um determinado período de tempo e modificando as atividades diárias dos indivíduos, para as ACS, isto pode ser uma característica que indica um provável sofrimento mental. Outro aspecto é a presença de agressividade, desorientação e isolamento podem ser também formas de identificar algum sofrimento mental, como nas falas abaixo:

“(...) eu acho que mudar de comportamento, como se tornar uma pessoa agressiva, sem querer conversar com ninguém são indícios de um sofrimento mental” (ACS2).

“(...) fala muito alto, fala com intensidade palavrão” (ACS6).

“Momentos longos de angústia, medo e choro (...)” (ACS7).

“(...) sim, eu tenho até uma vizinha que tem um transtorno mental, ela é bem agressiva” (ACS8).

Sobre isto Amarante (2000) postula que a loucura, durante muitos séculos, esteve intimamente ligada à ideia de perigo devido à presença de agressividade, especialmente, quando o usuário encontra-se em crise. Em diversos momentos históricos da sociedade as pessoas acometidas pela doença eram retiradas do convívio social e inseridas nos hospitais, a fim de deixar a comunidade preservada de sua presença. Essa perspectiva se faz presente de modo destacado em algumas falas. As ACS reconhecem essas pessoas através do comportamento muitas vezes agressivo ou agitado se comparado com “pessoas normais”.

“Tem uma pessoa na minha área que ela é super agressiva quando vou fazer a visita na casa dela, a mãe já faz sinal para não puxar muito assunto com ela ” (ACS2).

“Eu observo a mudança de comportamento, à presença de agressividade, choro sem motivo, angústia” (ACS₆).

Durante as entrevistas as ACS referiram as dificuldades que surgem nas visitas domiciliares, em razão do despreparo e sentimento de impotência em responder às demandas em saúde mental, bem como à difícil tarefa em delimitar o que é/não é atribuição delas. No acompanhamento das famílias muitas vezes não sabem o que fazer além de preencher os protocolos necessários. Esse também é um aspecto que as ACS relatam desmotivá-las, que o sentido do trabalho se perde e a população não entende o porquê de tanto formulários.

Nesse contexto, Campos (2005) ressalta que o trabalho deve ser visto como meio para atingir necessidades sociais e também como espaço para manifestação de desejo e interesses pessoais.

As falas a seguir, evidenciam a falta de preparação para tal atividade:

“(...) a gente não tem um manual como você vai agir com uma pessoa portadora de doença mental” (ACS₁).

“Falta de apoio da equipe (...) preparam a gente pra diabético, hipertenso, criança e gestante”. (ACS₄).

As ACS se deparam no cotidiano com problemas mentais em seu trabalho, no entanto, não estão capacitadas a desenvolver ações de saúde mental atribuídas à atenção básica, uma vez que não receberam curso de capacitação nesse campo de prática. Como apontam as falas abaixo:

“Não recebemos nenhuma orientação ou capacitação para realizar algum cuidado em saúde mental” (ACS₃).

“Nunca tivemos capacitação em saúde mental”(ACS₇).

Dessa forma, a necessidade de uma capacitação em saúde mental é visível para as estas profissionais e para toda a equipe de saúde da família. Contudo uma questão problemática é subvalorização da demanda em saúde mental por parte de muitas equipes, as mesmas não incorporam como objetos de suas práticas de saúde, a não ser em situações pontuais. Como fica claro nas falas seguintes:

“Falta apoio da equipe (...)” (ACS₆).

“(...) apenas quando levo até a unidade um caso é que minha enfermeira minha orienta a encaminhar”(ACS₄).

“As vezes pesquiso em casa para poder orientar as famílias”(ACS₁)

Silva e Dalmaso (2002) enfatizam que há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado tendo a necessidade de ampliar e incorporar tecnologias que apoiem a identidade do agente comunitário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou identificar as noções das ACS de duas unidades básicas de saúde do município de Uiraúna - PB acerca do sofrimento mental. O objetivo foi alcançado, pois se constatou que as ACS encontram cotidianamente pessoas com problemas mentais na comunidade e que o saber que fundamenta suas ações em saúde é constituído por um saber que transita entre o científico e o popular, construído por meio da prática e da vivência.

A visão em relação ao sofrimento mental destas profissionais ainda está vinculada à idéia de desequilíbrio, de incapacidade, de falta de controle dos impulsos e a presença de psicose. Verificou-se também que as pessoas com sofrimento mental são identificadas através da presença de comportamentos destoantes do normal, agressividade, choro e tristeza por um determinado período de tempo.

Notadamente esta classe de trabalhadores de saúdes devido às intensas desigualdades socioeconômicas e culturais enfrentam vários desafios em realizar um cuidado em saúde mental. Sendo, portanto necessário prementemente proporcionar cursos de capacitação, educação permanente em saúde mental para as ACS pautado em um modelo biopsicossocial, com a finalidade da construção de cuidado permeado pelo acolhimento, vínculo, escuta, responsabilização e cidadania, conforme preconizam os princípios dos SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A capacitação permanente destes profissionais e dos demais integrantes das equipes da ESF constitui-se o ponto de partida para a reinvenção da prática em saúde, do exercício profissional a partir de uma nova abordagem do processo saúde-doença, com enfoque na saúde da família - tomando-a como parceira no tratamento - e na construção de redes de apoio e integração. Desse modo, a formação permanente da força de trabalho é imprescindível para a efetivação do SUS e da Reforma Psiquiátrica o que amplia o acesso com qualidade aos serviços de saúde mental, aos bens de saúde e o aumento do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar em saúde mental..

A pesquisa é relevante na área de investigação em saúde mental, pois contribui para a reflexão dos ACS no que se refere aos saberes em saúde mental, a fim de fortalecer uma possibilidade de um cuidado integral em saúde mental, voltado no usuário e família. Acredita-se que este estudo possa colaborar na busca do

desenvolvimento das potencialidades dos serviços da atenção básica no cuidado a saúde mental impulsionando a responsabilização pela saúde do usuário com sofrimento mental através principalmente do repensar dos saberes e das forma de lidar em saúde mental pelos ACS, favorecendo a melhoria na atenção, na efetivação do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

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

AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In: SCLIAR, Moacyr et al. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro:NAU,2003.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, S. R., BUCHELE, F., GEVAERD, D. Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde em Brasil. **Rev. Enfermeira Global**, 2007. Disponível em: www.um.es/eglobal.com.br. Acessado em 10 de abril de 2011

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BARROS MMMA. CHAGAS MIO, DIAS MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência Saúde Coletiva**. 2009; 14(1):227-32

BEZERRA, JR., B.; AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF; conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Sociais. Departamento da Atenção Básica. **Manual da Organização da Atenção Básica**. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família: a implantação da unidade de saúde da família (caderno 1)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia pratico do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF); 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

BRÊDA Z, Rosa WAG, PEREIRA MAO, SCATENA MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. 2005;13(3):450-2.

CASÉ, V. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: **Saúde e Loucura 7**. São Paulo: Hucitec, p.121-136, 2001.

CABRAL, B. Estação comunidade. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (org). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CAÇAPAVA, R. J; COLVEIRO, L. A. Estratégias de Atendimento em Saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2008

Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/7628>> Acesso em: 04 de dezembro de 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. SP: Hucitec, 2005.

DESVIAT M. **Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 168p.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Demanda de Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. **Revista Mental**, Barbacena, vol 3, nº 5, nov. 2005, p. 33-42.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 545 p.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1990. 312 p.

IBGE. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010, tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/estimativa2010/POP2010_DOU.pdf>. Acessado em 20 de setembro de 2011.

LEÃO, F.; SEVERO, A. K; DIMENSTEIN, M. **O impacto de serviços substitutivos de saúde mental** na vida cotidiana de usuários e familiares. In: Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia. Natal: EDUFRRN, P. 169-190, 2009.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006

MELLO, M. F. de; FEIJO DE MELLO, A. de A.; KOHN, R. (orgs.) **Epidemiologia da Saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA FB, *et al.* Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família: uma articulação necessária. **Psychiatry On Line Brasil**. set. 2009: 14(9).

OLIVEIRA F.B, SILVA J.C.C. Doença mental e (re) inserção social: uma relação possível e necessária. **Revista Pesquisa, Campina Grande**, v.2, n.2, p.225-242, 2008.

OLIVEIRA, F.B., OLIVEIRA N.S. **Agentes comunitários de saúde na atenção básica: percepções acerca do sofrimento mental**. Relatório Final de Pesquisa do PIBIC/CNPq/UFCG; 2011.

OMS/OPAS - Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde- **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS/ OPAS; 2001.

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

SAMPAIO, J. J; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: **Saúde e Loucura** 7. São Paulo: Hucitec, p.167-188, 2001.

SERPA JR, O. D. **Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de “o normal e o patológico de Georges Canguilhem”**. Disponível em: <http://www.pucrio.br/sobrepu/dep>. Acesso em 24 de setembro de 2011.

SILVA JA, DALMASO ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comunic Saúde Educ**. 2002; 6(10): 75-83.

SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde Mental e atenção Básica em Saúde: análise de uma experiência no nível local. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo.int.php?idc> Acessado em 15 de maio de 2011.

SOUSA, G.C. **O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007, 106p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

SOUZA CR. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família** acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004,125p. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo; 2004.

SOUZA, M., F., 2003. **Agentes Comunitários de Saúde: Choque do povo.** São Paulo: HUCITEC. 2 ed.

TOMAZ JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “superherói”. **Interface Comunicação. Saúde Educação.** 2002; 6(10): 84-7

APÊNDICES

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**SABERES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SOFRIMENTO MENTAL**”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “**SABERES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SOFRIMENTO MENTAL**” terá como objetivo geral: **Conhecer o saber dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca do sofrimento mental.**

Ao voluntário só caberá à autorização para serem publicados na pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **86703289** e falar com FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Uiraúna, ____ de _____ 2011

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO****I DADOS SOBRE O PERFIL**

1. Idade:

2. Sexo: M () F ()

3. Estado civil:

Casado () Solteiro () União estável ()

4. Escolaridade: _____

5. Tempo de serviço: _____

7. Você mora na área de abrangência de atuação?

Sim () Não

QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que significa o sofrimento mental?
2. Para você o que é ser uma pessoa com sofrimento mental?
3. Já identificou alguma situação de sofrimento mental em sua área de atuação?
4. Como você identifica pessoas com sofrimento mental? O que você faz quando identifica?
5. Quais as dificuldades para identificação de pessoas com sofrimento mental?
6. Você já participou de curso de capacitação em saúde mental? Com foi essa experiência?