

# *O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?*

I<sup>1</sup> George Amaral Santos, <sup>2</sup> Mônica de Oliveira Nunes I

**Resumo:** Este trabalho visa descrever o conhecimento em saúde mental construído pelo agente comunitário de saúde, concomitante à produção de cuidado em saúde mental. Trata-se de pesquisa qualitativa, cujo referencial teórico é o Construcionismo Social. Os dados foram produzidos em grupos focais, analisados e elencados nas seguintes categorias temáticas: “A gente precisa orientar as famílias”, que agrupa os sentidos relacionados à construção do cuidado às famílias que convivem com o sofrimento mental; “Só de você parar e ouvir...”, onde se descrevem os repertórios relacionados ao uso de tecnologias relacionais de cuidado; “Nós sabemos disso, porque nós andamos ali”, que delinea as estratégias para construção de saberes e, finalmente, a categoria que descreve os sentidos do medo do louco: “A gente tem medo daquilo que a gente vê”. Conclui-se que os conhecimentos construídos no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde, quando refletidos e sistematizados, são potentes para a produção de práticas de cuidado condizentes com o paradigma psicossocial de atenção a pessoas e famílias em sofrimento mental.

► **Palavras-chave:** saúde mental; agentes comunitários de saúde; conhecimento, atitude e práticas em saúde.

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, Brasil. Endereço eletrônico: emaildegeorge@gmail.com

<sup>2</sup> PhD em Antropologia pela Universidade Paris – Descartes; professora associada II do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Salvador, Brasil. Endereço eletrônico: nunesm@ufba.br

Recebido em: 09/12/2012  
Aprovado em: 29/03/2014

## Introdução

A necessidade de ações conjuntas entre a Saúde Mental (SM) e a Atenção Básica em Saúde é um desafio real diante do contingente de pessoas que sofrem com os transtornos mentais e são cuidadas pelas equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2005). Além disso, a prestação de atendimento de qualidade a esses usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma necessidade premente (NUNES et al., 2002).

Nesse contexto, Franco (2007) aponta os espaços de produção do cuidado, como também cenários de produção pedagógica onde os trabalhadores experimentam desconfortos que problematizam sua prática e, a partir disso, desenvolvem alternativas de enfrentamento e novas “institucionalidades” potencialmente capazes de orientar estratégias de transformação do fazer em saúde (CECCIM, 2005; CECÍLIO, 2007). Esta vivência do desconforto e a autointerrogação no agir produtor de cuidado podem transportar o trabalhador da condição de “recurso humano” para o status de sujeito dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica na produção de ações contra-hegemônicas.

Isto se evidencia quando, em nossa prática de cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de gestão na Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) de um Distrito Sanitário, em um programa de Residência Multiprofissional, convivemos com agentes comunitários de saúde (ACS) que declararam o desejo de se instrumentalizar para o cuidado em SM.

O ACS é apresentado por Nunes et al. (2002; p. 1.640) como

[...] uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, [...] formado a partir de referenciais biomédicos, [...] um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Estabelece-se neste ator social uma troca constante entre os saberes populares e os saberes médico-científicos, incluindo aí as construções acerca do processo saúde-adoecimento mental. Além disso, diante do contexto sócio-político onde esses trabalhadores estão inseridos, das orientações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e da regulamentação da profissão de ACS, constitui-se sólida e pertinente a demanda por ações educativas que levem em conta seu envolvimento nos processos sociais, políticos

e culturais dentro do território e, inclusive, os problemas naturais à vida que emergem na escuta à população (BRASIL, 2003; 2006).

Algumas ações educativas para a integração entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm sido implementadas no estado da Bahia. Dentre elas, citamos o Curso de Especialização em Processos de Formação para Implantação das Linhas do Cuidado, oferecido em 2010 pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) na modalidade semipresencial. O curso aponta como objetivo conhecer a Política Nacional de Saúde Mental e a responsabilidade da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, a fim de consolidar mudanças na organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, buscando qualificar a atuação da equipe de Saúde da Família, visando a implementação da Linha de Cuidado Saúde Mental (BAHIA, 2010).

No entanto, esse curso e o de Acolhimento Pedagógico para os Profissionais da Atenção Básica, nos anos de 2010 e 2011 (BAHIA, 2011), quando abordam o tema da Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde, referem-se apenas ao atendimento por profissionais com formação de nível superior, o que impõe uma lacuna no trabalho em equipe quando pensamos na participação dos ACS. Isto se torna ainda mais contraditório quando se observa, na prática, que os ACS têm se apresentado como os principais parceiros, dentre os membros da ESF, quando estão em jogo as práticas de cuidado em saúde mental, demonstrando maior proximidade no contato e habilidade no manejo de pessoas em sofrimento psíquico (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Consultando a editora do Ministério da Saúde, notamos que as publicações direcionadas ao trabalho do ACS tratam de agravos como anemia falciforme e dengue, além de temas como uso de medicamentos e saúde da criança (BRASIL, 2011). Já o *Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família* (AQUINO, 2002), uma publicação feita pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) para capacitação dos profissionais da ESF, também não contempla o cuidado em SM no contexto de trabalho do ACS. É possível encontrar informações de alguma relevância para este tema, apenas no *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde* (BRASIL, 2009a), porém sem discussões que compreendam sua lógica psicossocial de base comunitária e territorial, limitando-se a aspectos neurobiológicos do

adoecimento. Por último, no âmbito estadual, o *Guia Curricular para formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde* também deixa o cuidado em SM fora dos seus objetivos (BAHIA, 2006).

A partir desse contexto, percebemos uma carência por ações educativas que efetivamente auxiliem o ACS no cuidado integral à pessoa em sofrimento mental. No entanto, encontramos diversos estudos que afirmam a relevância da participação desses profissionais no cuidado à SM da população para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (FRANCO; LANCETTI, 2000; BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009; RIOS, 2007). Além disso, é reconhecida a estreita relação que emerge entre a Reforma Sanitária e a construção de uma nova política de SM (AMARANTE, 2001).

É útil, então, pensarmos que a exigência por um modelo inovador de cuidado em saúde mental, que faça frente à perspectiva teórica da biopsiquiatria, não gerou nos serviços a produção de uma base epistemológica coerente. O movimento reformista, de perspectiva basagliana, atrelado ao pensamento da Saúde Coletiva de determinação social do processo saúde-doença, bem como a crítica ao modelo de cuidado biomédico, não atingiram os trabalhadores da atenção primária. Assim, que esses profissionais tendem “a se socorrer de seus conceitos e modos de fazer clínica ou reabilitação tradicional” (CAMPOS, 2008, p. 98), construídos exatamente a partir do modelo biomédico criticado.

Quando pensamos a Saúde Coletiva em sua complexidade de relações, a busca por parcerias e conexões é constante e dramática. Franco e Lancetti (2000, p. 107) afirmam que os ACS são “os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade”, e têm, então, uma riqueza de sentidos a somar na construção de conhecimento em SM na Saúde Coletiva Brasileira. Diante da incipiência de investimento na formação do ACS no território da Saúde Mental, considera-se que conhecer sua produção pedagógica é importante para a proposição de práticas significativas, coerentes com as realidades locais e fomentadoras da participação social, contribuindo para a efetiva melhoria da assistência em uma área ainda carregada de estigmas, preconceitos e saberes a serem desvendados.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo: descrever o conhecimento em saúde mental construído pelo ACS, concomitante à produção de cuidado à pessoa em sofrimento mental. Utilizou-se como referencial teórico o Construcionismo Social, possibilitando-nos entender este estudo como uma prática que favorece

reflexões acerca do tema proposto. Dentre os pressupostos dessa abordagem, destaca-se a assunção do conhecimento como plural e constitutivo de uma diversidade de interpretações e representações dialógicas da realidade. Coloca-se, portanto, como equivocada a tentativa de estabelecer leis gerais de comportamento social e situam-se em pé de igualdade as diversas explicações sobre um fenômeno, de forma que sustentam ou suprimem maneiras, também diversas, de conduzir a vida (SPINK; FREZZA, 2004).

As práticas discursivas, maneiras como as pessoas compõem os sentidos, assumem um corpo polissêmico de significações indissociáveis do fazer construído sócio-historicamente (SPINK; FREZZA, 2004). Esses sentidos, produzidos no cotidiano, são frutos de atividades relacionais contínuas. Ressalta-se que o sujeito produz seu conhecimento através da linguagem socialmente construída, sendo esta a maneira que tem de acessar a realidade irregular e dinâmica.

A produção de sentidos, na perspectiva do Construcionismo Social, perpassa a interpretação de algo que se refere a algo para alguém em algum respeito ou capacidade. Logo, a palavra não é ato de um só intérprete, o locutor, mas doa seus direitos ao ouvinte e a todas as vozes, presentes ou não, que ressoam por meio dela (BAKHTIN, 1997).

## Metodologia

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, realizada em um Distrito Sanitário localizado em Salvador-BA, considerado um dos mais populosos da cidade e onde se situam diversos bairros populares.

As informações foram produzidas em grupos focais, técnica baseada em encontros grupais de pessoas que compartilham traços comuns e fundamentada na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos – característica desejada neste estudo para gerar hipóteses a partir da perspectiva dos participantes. Estes devem ter alguma vivência com o tema proposto, de forma que a discussão traga elementos ancorados em suas experiências cotidianas. A unidade de análise do grupo focal (GF) é o próprio grupo, não seus membros (GONDIM, 2003).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (protocolo nº 02/2011). Todos ACS do

Distrito Sanitário, trabalhadores de duas Unidades de Saúde da Família e de duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foram convidados a participar do estudo. Apenas em uma das cinco equipes que existem nesse Distrito, não houve possibilidade de contato para o convite. Dos que aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 18 compareceram no dia combinado. Os GF foram realizados entre os meses de setembro a dezembro de 2011, divididos em três grupos de sessão única, tendo em média seis ACS cada, sendo três homens e 15 mulheres. Todos trabalhavam nesta função há 10,6 anos, em média.

A análise foi feita a partir da síntese de cada grupo focal e síntese temática do conjunto. Para a síntese de cada grupo transcrito, os passos foram: (I) leitura dos conteúdos, deixando emergir os sentidos sem se preocupar em eleger temas ou categorias, mas tão somente para aproximação dos relatos; (II) esboço dos conteúdos emergentes, com identificação de algumas categorias de análise; (III) elaboração de narrativa acerca do contexto da conversa, conteúdos, postura do moderador e principais temas abordados pelos informantes; (IV) identificação dos repertórios interpretativos, seguida de breve análise sobre o uso desses repertórios durante a conversa.

Para síntese temática, foi feito o entrelaçamento de quatro aspectos: o uso dos repertórios interpretativos utilizados no GF, a literatura investigada durante a pesquisa, o referencial teórico-metodológico do Construcionismo Social e as interpretações dos pesquisadores.

## Resultados e discussão

Verificou-se que todos os informantes atuam no cuidado a alguma pessoa com transtorno mental, o que ratifica que o cuidado em SM, de forma mais ou menos adequada, é praticado em serviços da Atenção Básica. Pode-se afirmar que a maneira de os participantes perceberem as necessidades de saúde mental da comunidade em seu cotidiano de trabalho é dinâmica.

Partindo-se da análise dos trechos que abordavam os saberes construídos no cotidiano de trabalho dos participantes, os repertórios interpretativos foram agrupados em categorias temáticas, nomeadas a partir de trechos representativos dos GF e discutidas, a seguir.

## A gente precisa orientar as famílias

O conceito de família utilizado pelos informantes é o de um grupo constituído a partir de laços consanguíneos. E são essas pessoas que devem, primeiro, ser contatadas quando se trata do cuidado em saúde mental, como demonstra a fala:

Para você chegar até o paciente de saúde mental, a base é a família, você tem que começar pela família, saber como é a estrutura daquela família, como é que o paciente está sendo tratado; para poder, a própria família, tentar convencer o paciente a te receber, a você se tornar amigo deste paciente. (GF3)

A vinculação com a família é uma condição para o início da relação de cuidado com a pessoa em sofrimento. Mesmo sendo por vezes encarado como obstáculo, isso é acatado, haja vista que, mesmo morando na mesma comunidade, o ACS é um agente externo à família. O respeito à autonomia deste grupo é algo de grande importância, de forma a evitar uma relação de intrusão, conforme ilustrado:

Então, difíceis essas situações, porque o agente comunitário não pode invadir a vida de uma pessoa a ponto de pegar essa pessoa e levar pro médico e assumir, como se fosse um filho. Aí, às vezes é onde fica a barreira do agente comunitário. (GF2)

No intuito de implicar os familiares no cuidado às pessoas com sintomas psicóticos ou que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, desenvolvem habilidades de convencimento baseadas no diálogo, que valorizam o contato entre crenças e comportamentos circulantes em diferentes arenas sociais, mediando modelos explicativos acerca do adoecimento (KLEINMAN, 1978), no sentido de produzir relações de ajuda entre familiares, como se vê a seguir:

Eu conversei com a mãe dele. Ele tem várias irmãs. Conversei com a mãe dele, conversei com algumas irmãs; e elas disseram pra mim o seguinte: “mas não foi ele que procurou? Ele está assim porque ele quer! Não vou sair pra procurar médico nenhum pra ele pra marcar consulta”. [...] É triste dizer que é meu irmão, que ama, mas foi ele que procurou e não vê realmente como um sofrimento. Eu perguntei a ela: “Você não pensa que ele pode estar sofrendo?” (GF2)

A participação esperada do familiar no cuidado é descrita pelos ACS como marcação de consultas, auxílio no gerenciamento do tratamento farmacológico, busca por apoio em serviços de saúde e inserção das pessoas em sofrimento mental nas atividades comunitárias e vínculos com vizinhos e outros membros da família extensa. Estas atitudes, segundo os participantes, devem partir do reconhecimento, por parte da família, do sofrimento do outro e, quiçá, de um olhar menos culpabilizador.

Apontam, ainda, dificuldades com as quais as famílias lidam, com destaque para: necessidade de melhor orientação quanto ao uso de medicamentos, a mediação de conflitos relacionados ao sofrimento mental intenso de um familiar, necessidade de acompanhamento mais próximo por profissionais qualificados e o apoio emocional aos cuidadores. Estas necessidades percebidas são sintetizadas como “não saber lidar” com o familiar, o que, conforme vemos a seguir, pode definir as relações entre familiares: “Porque às vezes a renúncia de uma mãe com o filho com transtorno mental não é por falta de amor, é por medo e é pela falta de recursos e por falta de saber lidar” (GF2).

O cuidado do ACS a essas famílias concentra-se, então, em mediar conflitos, conversar, veicular informações sobre onde e com que profissionais os familiares cuidadores devem se consultar ou acompanhar o usuário. Vejamos:

Então, o que a gente precisa é educar aquela pessoa pra saber como lidar com a outra pessoa e saber que, a qualquer momento, qualquer um de nós pode sofrer um transtorno. (GF2)

Aí eu consegui também que ela (familiar) fosse fazer acompanhamento com o psicólogo. Toda vez que chegava do psicólogo, ela chegava me contando coisas [...] E, realmente, uma pessoa dessa precisa também de um acompanhamento mais direcionado a ela [...]. Se eu não tenho o preparo pra mim mesmo, meus sentimentos vivem lá embaixo, minha autoestima lá embaixo, eu acho que eu não presto nem pra viver; como é que eu vou achar que meu filho também, que nasceu com esse problema, tem condições? (GF2)

Intermediar conhecimentos é uma ferramenta utilizada pelo trabalhador tanto para produção de cuidado, quanto para afirmar seu papel diante da comunidade. Esta função social de promotor da saúde confere ao ACS melhor movimentação no território na medida em que agrega prestígio a sua pessoa (NUNES et al., 2002). Por isso, saber dar encaminhamentos resolutivos em situações críticas e conhecer os locais possíveis onde a família pode receber assistência são saberes construídos a partir do seu trânsito pelos dispositivos de cuidado do território. Estabelecer solidamente estas habilidades é algo defendido com vigor pelos ACS, uma vez que apontar serviços com um nível de acesso e resolutividade satisfatórios é um meio de garantir sua legitimidade diante da comunidade, como podemos ver neste trecho:

Porque não adianta ter a preparação e, na hora de encaminhar, ter aquela dificuldade e aí, infelizmente, termos de voltar pra família e dizer: ‘Infelizmente não conseguimos, aguarde mais um pouco’. Isso aí acaba com a credibilidade. Então, (se o serviço for resolutivo) tudo facilita. Até mesmo o doente, em um momento de lucidez,



percebe que você quer ajudar e ele passa a te ver também com outros olhos. Naquele momento você esteve lá e ele estava em crise. Você soube conduzir, mas também você teve pra onde encaminhar, no momento certo. (GF3)

### **Nós sabemos disso, porque nós andamos ali**

Aqui se explicitam os espaços privilegiados para a construção de conhecimentos sobre o cuidado em saúde mental, por onde transitam os ACS em seu cotidiano de trabalho. O campo de trabalho dos participantes, um território dinâmico, adscrito, permeado pelo compartilhamento de valores, crenças, práticas e formas intensamente ativas de relacionamentos, constitui local de veemente produção de sentidos acerca da vida que circula ali. Transitar por esse território é a principal maneira de produzir saberes sobre os processos de adoecimento mental e práticas de cuidado condizentes com a realidade do trabalho, como dito: “Nós sabemos disso, porque nós andamos ali” (GF1).

Observou-se que conhecer o contexto de vida dos moradores, muitas vezes vizinhos dos ACS, estabelece uma visão etiológica peculiar do adoecimento mental, baseada nas relações do sujeito com o território, consigo e com os outros membros da comunidade. Esta forma de dar sentido ao que desencadeou o sofrimento psíquico dispara maneiras de cuidar que são mais próximas do modelo de atenção psicossocial do que dos referenciais biomédicos que marcam fortemente o cuidado em diversos tipos de agravos (NUNES et al., 2002).

Concordando com Kleinman (1978), pode-se observar o cuidado como parte de um sistema cultural que relaciona saúde e adoecimento com a vida cotidiana. Nesta interação, emerge uma psicologia local, humanista, em que prevalecem conceitos como amizade, afeto e atenção, como se percebe nesta fala:

Ele pode estar passando por uma crise depressiva. Ele perdeu o melhor amigo de uma maneira trágica, perdeu a namorada, perdeu o emprego, tudo de uma vez, numa sequência. Então, ele foi perdendo as coisas que conquistou. Os irmãos, cada um se casou e está trabalhando... e aí, quando ele viu, ele dando para trás, ele surtou. E eu sei que ele precisa só de carinho e de atenção, de alguém que conduza ele melhor. (GF3)

O sistema simbólico, corporificado nas relações, para ser percebido demanda habilidades de compreensão que fazem jus ao caráter híbrido do ACS. Este se utiliza, no contato com a comunidade, da perspectiva de quem é nativo do local, reconhecido pelos habitantes como alguém de dentro, socializado a partir dos mesmos valores e apropriado de uma semiologia local, sem realizar qualquer esforço

para definir o léxico que sua comunidade utiliza. Por outro lado, nos espaços de discussão sobre o trabalho com outros profissionais, como enfermeiras, médicos e psicólogos, dentre outros, faz uso da perspectiva do etnógrafo (GEERTZ, 1997), no sentido de empreender um esforço de interpretação sobre aquilo que veem e buscam conceituar em suas falas, bem como se apropriando dos conceitos “profissionais” com os quais este outro grupo compreende e descreve a realidade.

Tanto os espaços institucionais, que promovem uma linguagem acadêmica sobre o sofrimento mental, quanto o território – formador de valores e linguagem locais, são base para os saberes que produzem a atenção em saúde mental. Este exercício de inventar costuras entre duas perspectivas epistemológicas na produção de conhecimento,êmica e ética (GEERTZ, 1997), é uma característica marcante nas ações dos participantes.

Desta forma, a discussão sobre o trabalho dentro das instituições produz conhecimentos úteis à assistência. Neste estudo, é possível elencar os contatos com outros trabalhadores, apontados como propícios à produção pedagógica: o Grupo de Trabalho (GT) em Saúde Mental, que envolve representantes de diversos serviços de saúde, educação e assistência social do Distrito Sanitário; e o Apoio Matricial com um CAPS, metodologia de gestão que objetiva fornecer suporte técnico-pedagógico às equipes, no sentido de desenvolver as possibilidades de ampliação da clínica numa perspectiva dialógica, que promova a integração de diversos saberes (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Além desses, foram citados os Fóruns de Saúde Mental, espaços organizados pela ATSM do Distrito Sanitário, em parceria com uma equipe de profissionais da Residência em Saúde Mental do ISC/UFBA, para discussão interinstitucional sobre a SM da comunidade. Nesses espaços houve ampliação da percepção dos problemas de saúde mental no território em que atuam, bem como das possibilidades de intervenção, conforme afirmado:

Depois que a gente começou a participar do Grupo de Trabalho, dos encontros com o pessoal do matriciamento, no Fórum, a gente consegue ver melhorar o nosso ponto de vista em relação ao nosso trabalho na nossa comunidade, no nosso dia a dia. É visível quando a gente adquire uma informação, a gente já começa a prestar atenção nas coisas que acontecem na comunidade onde a gente trabalha, onde a gente está prestando aquele serviço (GF2).

Outro espaço citado, que gerou o desejo de transformar suas práticas, foi a Parada do Orgulho Louco, caminhada anual realizada na cidade de Salvador

durante a semana da Luta Antimanicomial, que reúne diversos segmentos locais, serviços de saúde mental, artistas, pessoas e famílias que convivem com o adoecimento mental, gestores de saúde, trabalhadores e estudantes antimanicomial e que assume o mote “Por uma sociedade sem manicômios”. Sobre Isso, foi salientada a proximidade com os loucos e a loucura e a celebração da sua retirada dos manicômios para habitação legítima nos espaços da cidade:

Então, tem como a gente modificar a forma de acompanhar, de ver a situação de cada pessoa na nossa comunidade! Inclusive, eu participei da caminhada do Orgulho Louco e achei uma coisa... um sonho! Porque as pessoas que estavam recitando poemas são pessoas que têm transtorno mental e eles cantaram, dançaram e fizeram o maior batuque. Aquele pessoal do CAPS II, eu achei uma coisa linda, rapaz... [...] lá no Farol da Barra, tocando, cantando e eu lá no meio. Têm alguns que a gente já conhece. (GF2)

A exemplo dessa Parada, intervenções culturais, realizadas pela ATSM neste Distrito Sanitário têm demonstrado relevante poder de chamamento à reflexão sobre a convivência com o diferente, bem como estimulado o envolvimento dos participantes em ações para formação de redes de cuidado. Além disso, atividades individuais, experiências familiares e vivências com forte carga emocional, relacionadas à sua própria saúde mental e de familiares, mostram ter valioso potencial heurístico, conforme nota-se nas seguintes falas:

E quando eu assisti o filme “Bicho de Sete Cabeças”, eu fiquei doente. Eu fiquei uns dias me questionando, buscando, me olhando no espelho... (GF2)

De repente, elas estão passando por um problema e às vezes estoura, porque o nosso juízo pode ser fraco em determinados momentos e a gente tem um surto. Não é porque é louco, mas acontece. Minha filha mesmo já teve um surto momentâneo. (GF2)

Essas situações desenrolaram complexas produções de sentidos acerca da sanidade mental, de si e das maneiras como se relacionam com a loucura em sua comunidade. Estas formas de conhecer e explicar seus contextos de vida sustentam maneiras de cuidar que aproximam os profissionais da experiência de sofrimento mental e, assim, das pessoas que efetivamente sofrem e demandam seus cuidados. A hermenêutica empregada valoriza fortemente a experiência pessoal como motivadora de um cuidado partilhado entre equipe de saúde e usuários do serviço.

Nota-se que os dispositivos descritos – convivência na comunidade, GT, fóruns de discussão e intervenções culturais – são evocados nas falas como uma

prática cotidiana para produção de conhecimento no trabalho dos participantes. No entanto, ações educativas como cursos, palestras e discussão de manuais inexistem nas falas, o que aponta a necessidade e relevância de práticas educativas ativas e significativas para os participantes.

Este agir pedagógico, imbuído da realidade cotidiana, é o pressuposto primeiro da Educação Permanente em Saúde, definida como processo educativo que ocorre no trabalho, a partir do contexto real das práticas sociais e laborais, modificando estas mesmas práticas e ampliando a capacidade reflexiva das equipes e organizações (BRASIL, 2009b).

A necessidade desta abordagem educacional, que vincula o conhecimento teórico à prática no território, pensados enquanto unidades indissociáveis, é premente no contexto pesquisado. Ausubel (1982) estabelece, dentre as condições básicas para que a aprendizagem ocorra de forma significativa, que o sujeito queira aprender e que o conhecimento faça sentido dentro do contexto das práticas. Os ACS, conforme se viu, têm o desejo de saber lidar com o adoecimento mental, de abordar o sujeito em sofrimento mental, de auxiliar a família que convive com este sofrimento – enfim, um desejo de conhecer originado diretamente da problemática que emerge em seu território de trabalho.

### **Só de você parar e ouvir...**

No cuidado em SM, os ACS desenvolvem habilidades no uso de tecnologias baseadas especialmente na relação e aprendidas no cotidiano de visitas, casa a casa. Por tecnologias em saúde, entendemos as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989). Portanto, vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde.

Essas tecnologias vão sendo evocadas durante a produção do cuidado, como exemplificado: “Ninguém me orientou nada. Fui eu mesma no momento, vendo aquela situação, e fui conversando...” (GF3). A partir disso, a própria experiência de vida do trabalhador e suas convicções filosóficas se tornam instrumentos de trabalho, como aponta o trecho a seguir:

Quando eu soube desse caso eu fiquei muito abatida e conversei com ela, pra tentar levantar a autoestima dela. Me dei como exemplo, levei uma colega lá que conversou muito com ela, e outra colega também, que tinha passado um problema muito difícil

com o marido, e se deu como exemplo. Depois levei a enfermeira e, graças a Deus, obtive resultado, porque foi muita conversa, foi à base de muito diálogo... (GF3)

O fragmento descreve a conversa como um recurso que descobriram ser potente frente aos sofrimentos localizados nos modos de levar a vida. Conversar e dispor sua experiência de vida com o intuito de produzir saúde é um constructo que surge da polifonia presente nos encontros ACS-usuários, de onde emergem conceitos de saúde personalizados.

Esta disposição em escutar o outro foi elencada como uma ferramenta de trabalho que apresenta resultados positivos no cuidado. Demanda, entretanto, uma relação de confiança construída sobre a ética profissional, registro importante para trabalhadores que habitam o local onde atuam, conforme descrito:

Mas quando você pega uma pessoa de fora para te ouvir... não que você vai resolver o problema, mas só de você parar e ouvir... as pessoas, às vezes, precisam desabafar; passar o que está sentindo. E depois que ele desabafa já se sente outra pessoa. [...] Porque ele sabe que, quando você sair dali, você não vai chegar para o outro vizinho e contar; que vai ficar ali mesmo. Sabe que você é uma pessoa que tem ética. (GF3)

Outra preocupação dos ACS é monitorar o tratamento com psicofármacos, haja vista que assumem nesta ação uma forma de controle. Isto surge principalmente da insegurança na abordagem à expressão de agressividade, quando recorrem estritamente ao paradigma biomédico, marcado em sua formação:

Então, a importância de sempre ter a medicação ou dele estar sempre indo ao médico, isso aí ela tem que deixar acima de qualquer coisa, mas ele tem que estar indo. Porque o que controla ele, mesmo, é a medicação. (GF2)

Apesar da relevância do uso de fármacos no cuidado em saúde mental, o desenvolvimento de abordagens à crise que ultrapassem sua oferta parece ser uma necessidade desses trabalhadores. A conexão entre maneiras de cuidado baseadas na relação, com outras de cunho mais biológico, como os psicofármacos e a internação curta, ainda é algo a ser construído no trabalho dos ACS, já que polariza o cuidado em situações de agudização de sintomas – aí apenas o remédio – e a atenção nas situações mais cotidianas como a mediação de conflitos familiares, o estímulo às consultas nos serviços, ou ainda à prática de atividades de lazer e socialização – aí, o vínculo e a conversa. Situações que permitam, por exemplo, utilizar o vínculo como tecnologia de intervenção em crises, não são referidas nos GF.

Os discursos apontam ainda para problemas de comunicação entre os serviços de saúde na construção de fluxos de atendimento às crises agudas, pois quando o ACS não sabe a quem recorrer, o acesso ao manicômio, mesmo reconhecido por eles como promotor de exclusão e violências, desponta como a maneira mais rápida de supressão do incômodo social provocado pela crise.

Diante disso, as produções de saber/fazer elencadas, quando colocadas em reflexão, são campo fértil para os processos de aprendizagem significativa. Sistematizar junto a esses agentes os modos de cuidar que eles desenham, de forma a produzir conexões entre diferentes abordagens, pode significar a invenção de tecnologias de cuidado em saúde mental adequadas ao contexto da Atenção Básica em Saúde.

### **A gente tem medo daquilo que a gente vê**

Nos GF encontramos uma recorrência do sentimento de medo dos ACS quando se deparam com problemas relacionados à loucura. Segundo Teixeira e Porto (1998, p. 55), “o medo faz parte de nossa natureza, mas seus objetos são historicamente determinados, assim como as formas de organização social para combatê-lo”.

Concordando com esta citação, Os ACS descrevem este sentimento como “uma coisa mesmo do ser humano, é um instinto de querer se precaver daquilo” (GF2). E localizam a origem de seus medos ainda na infância: “Quando nós nascemos, a mãe da gente já vem dizendo: ‘olhe, não brinque com aquele ali não, porque ele é maluco’” (GF1), – prática sustentada por uma perspectiva que desqualifica aquele que foge à norma praticada na comunidade.

Além disso, episódios na educação formal, vivenciados em cursos frequentados por alguns dos participantes, como os de técnicos em enfermagem, contribuíram para a consolidação de práticas que distanciam o trabalhador do indivíduo que precisa de cuidados. Uma participante egressa desses cursos relata, por exemplo, que após uma noite ansiosa pela prática de psiquiatria no manicômio, foi orientada pelo enfermeiro, seu professor, a nunca dar as costas para um louco e, atualmente, mantém uma relação constante de desconfiança e insegurança quando cuida destas mesmas pessoas na comunidade, afirmando que “Isso não saiu mais da minha cabeça. Não adianta, que eu nunca vou ficar de costas pra pessoa” (GF2).

Estas construções acerca das pessoas em sofrimento mental como aqueles que transgridem e são violentos fundamentam uma maneira reducionista de olhar, que empobrece a relação de cuidado: “O problema é que a gente tem medo daquilo que a gente vê [...] você já tem a visão de que ela já tem o transtorno, porque tudo é sua visão” (GF1). Fica explícito nesta construção que a maneira como o outro é significado determina a atitude do trabalhador no momento da produção do cuidado: medo e desconfiança quando o que ele vê é o agressivo que pode atacar a qualquer momento; ou empatia, quando olha para alguém que está em sofrimento e precisa de ajuda.

A causa do medo é apontada, principalmente, como o não-saber: “[...] tenho o maior pânico de uma pessoa com transtorno mental, porque eu não sei como conduzir a situação” (GF1). E, em consequência, o saber é assinalado como resolução desse sentimento. Esse aprendizado pode vir tanto de experiências cotidianas, como, por exemplo, ter vivenciado o cuidado a alguém em crise: “falo como quem não tem medo de crise, porque eu já vi, já presenciei” (GF2); quanto de espaços de cunho educativo como o apoio matricial: “[a ACS] se envolveu no matriciamento. Hoje ela sabe como ‘lidar’ com essa coisa, então, não vai ser o medo que vai fazer com que qualquer um de nós não lidemos com essas pessoas” (GF2).

Pensar o medo é pensar o que traz o sofrimento humano. É outra forma de nomear a insegurança, o que foge ao controle (BAUMAN, 2008). Partindo desse entendimento, saber “como lidar”, na perspectiva dos ACS, significa amenizar seu próprio sofrimento durante o ato de cuidar. Desse modo, refletir sobre o medo durante o atendimento à comunidade significa um ganho visto que pode gerar movimentos de busca por conhecimento na tentativa de construir alternativas de cuidado (CECCIM, 2005). O fator gerador do medo, que se procura afastar, pode não ser o outro a ser cuidado, mas o desconhecimento acerca deste.

Este caminho não aponta apenas para o alívio do desconforto do profissional, mas sobretudo do sofrimento do usuário e sua família. Nesse sentido, a iniciação em conhecimentos do campo da psicologia ocidental moderna e do campo da atenção psicossocial pode ser útil para ampliar seu conjunto de saberes próprios. Além disso, possibilitar a esses trabalhadores a construção de espaços de discussão sobre sua prática diante do sofrimento, e sobre as maneiras como são afetados, significa possibilitar a constituição de um repertório amplo de enfrentamento aos

seus desconfortos no agir produtor de saúde e, acima de tudo, produzir maneiras menos discriminatórias de ver as pessoas em sofrimento mental, de sorte que provoquem vinculações potentes para produção do cuidado.

## Considerações finais

O ACS aprende aquilo que lhe é solicitado para desenvolver seu trabalho, relacionando-se com seu repertório anterior de competências e habilidades no enfrentamento dos problemas que se apresentam. O fazer constrói o saber em saúde mental: saber mediar saberes, saber construir vínculos afetivos e de confiança e saber construir ligações entre dispositivos de cuidados formais e informais.

Os sentidos que atribuem ao cuidar disparam as construções de conhecimento que aplicam nas ações subsequentes. Neste contexto, pode-se notar que o cuidado é significado principalmente a partir de uma concepção biopsicossociocultural do processo de adoecimento mental, que modula os repertórios ancorados essencialmente nos saberes biopsiquiátricos. Logo, a busca de soluções e consequentes construções de conhecimento disparadas caminham também para o âmbito das subjetividades e dos encontros com o sujeito, sua família e seu contexto histórico.

Além disso, é possível refletir sobre o caminho utilizado para aprender, testar e produzir conceitos: nenhum caminho construído tangenciou dispositivos formais e sistematizados de ensino-aprendizagem. Apesar da inexpressividade do Estado em promover ações educativas em saúde mental para esse grupo, desenham-se linhas de fuga no sentido de produzir saberes contextualizados à prática de trabalho. Confirma-se que os cursos e atividades educativas formais não têm atingido o efetivo de trabalhadores que lidam com o sofrimento mental da comunidade. São valorizadas, no grupo estudado, as ações que sistematizam o saber construído no cotidiano de trabalho, como o matriciamento realizado entre os CAPS e serviços de atenção básica; a participação em GTs locais e específicos para discussões dos problemas de saúde mental de suas comunidades, a interação com residentes em Saúde Mental e as discussões dos casos com seus supervisores e pares.

Incluir esses aspectos no planejamento da Educação Permanente em Saúde desses atores mostra-se rico de potencialidades para olharmos na direção da integração real entre Saúde Mental e Saúde da Família. Coloca-se como desafio,



a partir deste estudo, a construção de estratégias educativas eficazes em alcançar o ACS em sua prática de trabalho, de forma a adquirir significado para eles, inventar práticas de abordagem comunitária e contribuir com o avanço do processo de reforma da atenção em saúde mental.

Nos GF, foi explicitado o desejo de discutir sobre a temática. Colocar-se, de forma ativa, num grupo que discutiu seu fazer diante dos processos de saúde-adoecimento mental, parece ter sido valorizado especialmente pelo fato de os ACS poderem entrar em contato com as percepções, sentimentos e conhecimentos que cada um constrói ou utiliza em seu trabalho. Isto sugere um potencial heurístico importante de trabalhos em grupo com esta população.

Outro ponto de destaque é o possível estreitamento na relação que os participantes fazem entre adoecimento mental e agressividade, quando se baseiam exclusivamente em modelos explicativos neurobiológicos para a loucura, o que se dilui quando incluem os processos sociais relacionados a perdas e situações de exclusão ou solidão, inter-relacionando pontos indissociáveis no processo de adoecimento mental. Isso reflete uma tendência à tradução dos conceitos biomédicos durante a produção de cuidado, sustentada pela realidade sociocultural onde os ACS estão inseridos, bem como pelas produções em intervenções culturais, fóruns, GTs e o acompanhamento conjunto de casos com os dois CAPS presentes no Distrito Sanitário, produzindo, no contato com as pessoas que passam por algum sofrimento psíquico, uma individualização do cuidado.

Não foi objetivo deste estudo investigar o perfil das práticas do ACS quando atendem casos de sofrimento mental, mas o material produzido é rico de exemplos de ações de saúde e de mediações entre vidas que são desencadeadas pelo fazer do ACS, inclusive na parceria com os CAPS na atenção a pessoas com transtornos mentais graves. Apesar de haver frequência maior de transtornos mentais leves no contexto da Atenção Básica, adquiriu tônica nas discussões dos GF o cuidado aos casos mais graves como espaço de produção de conhecimento. Possivelmente, isso se deve à aproximação mais recente na parceria com técnicos dos CAPS e pelas novas possibilidades de ação que passaram a vislumbrar diante de casos considerados difíceis. Reafirma-se com isso a necessidade de práticas educativas locais, que assumam como base o cotidiano de trabalho desses agentes e que superem a perspectiva dos treinamentos, cursos e jornadas pontuais.<sup>1</sup>

## Referências

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- AQUINO, R. et al. *Manual para treinamento introdutório das equipes de Saúde da Família*. Salvador: Polo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para Saúde da Família, 2002.
- AUSUBEL, D.P. *A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes, 1982.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Acolhimento Pedagógico: Guia do Trabalhador*. Salvador: SESAB, 2011.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *EAD SUS: Curso de Especialização em Processos de Formação para Implantação das Linhas do Cuidado. Módulo de Saúde Mental*. Disponível em: [<http://eadsusava.saude.ba.gov.br/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=1672>]. Acesso em: 28 dez 2010.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/Superintendência de Recursos Humanos da Saúde/ Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis. *Guia Curricular para formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde*. Salvador: SESAB, 2006.
- BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BARROS, M.M.A.; CHAGAS, M.I.O.; DIAS, M.S.A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.
- BAUMAN, Z. *Medo líquido*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- 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: MS, 2005.
- \_\_\_\_\_. Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: MS, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS: proposta relacionada à Qualificação Profissional Básica do ACS*. Brasília: MS, 2003. Disponível em: [[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil\\_competencia\\_acs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_competencia_acs.pdf)] Acesso em: 03 dez 2010.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Editora do Ministério da Saúde*. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm]. Acesso em: 08 jan 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sala de Situação de Saúde*, disponível em: [http://189.28.128.178/sage/]. Acesso em: 01 fev 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- CAMPOS, G.W.S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: CAMPOS, R.O. et al. *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 97-102.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.
- CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface - Comunic, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, 2007.
- FRANCO, L.; LANCETTI, A. Quatro observações sobre as parcerias. In: LANCETTI, A. (org.) *Saúde Loucura 7*. Saúde mental e Saúde da Família, São Paulo: Hucitec, 2000. p. 103-107.
- FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunic, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.
- GEERTZ, C. “Do ponto de vista dos nativos”: a natureza do entendimento antropológico. In: GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 85-107.
- GONDIM, S.M.S. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia*, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med.*, v. 12, p. 85-93, 1978.
- NUNES, M.O.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

PANERAI, R.B.; PEÑA-MOHR, J. *Health technology assessment: methodologies for developing countries*. Washington, D.C.: PAHO, 1989.

RIOS, I.C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 251-263, 2007.

SPINK, M.J.; FREZZA, R.M. Práticas Discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2004. p. 17- 40.

TEIXEIRA, M.C.R.; PORTO, M.R.S. Violência, insegurança e imaginário do medo. *Cad. CEDES*, Campinas, v. 19, n. 47, p. 51-66, 1998.

## Nota

<sup>1</sup> G. Amaral-Santos contribuiu com a concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção, análise e interpretação dos dados e na redação do manuscrito. M.O. Nunes contribuiu com a interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito.

## *Abstract*

### *Mental Health Care by Community Health Agents: what do they learn in their everyday work?*

This paper is aimed at describing the mental health care knowledge built by Community Health Agents while providing mental health care. This is qualitative research drawing on Social Constructionism as its theoretical framework. Data were gathered from focal groups and then analyzed and assigned to the following thematic categories: “We need to guide the families”, encompassing the meanings related to providing care to families living with mental distress; “Just stopping and listening...”, in which the repertoire concerning the usage of relationship technologies in mental health care is described; “We know about it because we are around”, outlining the strategies employed in building wisdom; and finally the category describing the meanings related to being afraid of the mentally ill: “We are afraid of what we see”. The knowledge built by Community Health Agents in their everyday work, once reflected upon and systematized, is shown to be potent in creating care practices in accordance with the psychosocial paradigm of assisting people and families in mental distress.

► **Key words:** Mental Health; Community Health Agents; knowledge, attitude and practice in health.