

4.

A atuação dos agentes comunitários de saúde frente às demandas dos portadores de transtorno mental no município de Muriaé-MG

Uma pesquisa é sempre um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais. (Duarte, 2002, p.03)

Tendo como proposta conhecer sobre o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde (ACS), no que diz respeito ao acompanhamento às famílias de portadores de transtorno mental que se encontram desinstitucionalizados e em tratamento médico ambulatorial no município de Muriaé – MG, foi realizado uma pesquisa do tipo exploratória, de cunho qualitativo, junto a três unidades de PSF do referido município.

Duarte (2002) relata a importância em descrever o processo que permitiu a realização do produto. A definição do objeto de pesquisa, assim como a opção metodológica, constituem um processo tão importante para o pesquisador quanto o texto que ele elabora ao final. Duarte (2002) sinaliza sobre a pesquisa qualitativa e destaca:

Pesquisas de cunho qualitativo exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semi-estruturadas. Nesses casos, a definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado. A descrição e delimitação da população base, ou seja, dos sujeitos a serem entrevistados, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, constituem um problema a ser imediatamente enfrentado, já que se trata do solo sobre o qual grande parte do trabalho de campo será assentado. (p. 5)

Por considerarmos importante, entre outros, conhecer as concepções de saúde mental que orientam os trabalhos dos ACS, bem como suas atitudes na relação com o portador de transtorno mental e seus familiares, a pesquisa de cunho qualitativo foi a que melhor respondeu às nossas indagações, uma vez que de acordo com Minayo:

As pesquisas qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (1994, p.10)

A autora afirma que a abordagem qualitativa não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado; deve ter como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade.

4.1.

Contextualização da área da pesquisa

Nesta seção apresentar-se-á um breve panorama geográfico do município estudado, bem como seus aspectos socioeconômicos e culturais, a fim de contextualizar a área desta pesquisa.

4.1.1.

Caracterização do município

A área do município de Muriaé é de 842,15 Km², está localizada em MG, na Zona da Mata e situa-se às margens da BR-116, BR-265 e BR-356 e sua população é estimada, em 2007, segundo dados do IBGE em 126.063 habitantes.

A região de Muriaé é composta por municípios de boa infra-estrutura e forte crescimento comercial e industrial. A maior parte do PIB é relativa ao setor terciário. A indústria também tem papel de destaque, principalmente a indústria da moda - confecção de artigos do vestuário e acessórios. Dessa forma, os municípios da região limítrofes têm a cidade de Muriaé como pólo, utilizando-se os serviços oferecidos pelos setor comercial; do sistema de saúde particular e público; e, do sistema de ensino.

Atualmente, o município tem como principal atividade econômica a indústria do vestuário (confecção), logo a seguir as oficinas mecânicas, o comércio, a agricultura e a piscicultura, considerada pelo setor com a maior na

criação de peixes ornamentais do Brasil. Na agropecuária, de pequena participação no PIB, destacam-se a criação de bovinos (principalmente gado de leite), galináceos, suínos e a produção de cana-de-açúcar, arroz e banana. Outras indústrias, como as de produção de alimentos, bebidas e montagem de veículos, completam o parque industrial muriaeense.

Na área educacional, Muriaé conta com várias escolas de Ensino Fundamental, Médio, estaduais, municipais e particulares, além de institucionais particulares de Ensino Superior, oferecendo um total de 22 cursos superiores e também alguns cursos de pós-graduação.

4.1.2.

O Sistema de Saúde do Município de Muriaé- MG

Muriaé é um centro regional que atende às demandas na área de saúde da população local e dos municípios circunvizinhos como Mirai, São Sebastião da Vargem Alegre, Rosário da Limeira, Miradouro, São Francisco do Glória, Vieiras, Eugenópolis, Antônio Prado de Minas, Patrocínio do Muriaé e Barão do Monte Alto.

O município de Muriaé na sua microrregião de saúde atende sua base territorial de planejamento da atenção básica e da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de Média Complexidade.

De acordo com o senso do IBGE 2002, Muriaé conta com um total de 67 estabelecimentos de saúde, sendo que 35 pertencem à rede pública estadual e municipal e 32 estabelecimentos são do setor privado, com 455 leitos para internação.

Os serviços de alta e média complexidade estão distribuídos atualmente em 05 hospitais, num total de 455 leitos, assim divididos:

- Fundação Cristiano Varella – Hospital do Câncer – 124 leitos
- Hospital São Paulo – 197 leitos
- Hospital Prontocor – 73 leitos

- Casa de Saúde Santa Lúcia – 33 leitos
- Assistência Médica Infantil de Urgência (AMIU) – 28 leitos

As instituições hospitalares de Muriaé oferecem serviços de alta complexidade, contando com 40 leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), 14 leitos de UTI Cardiológica, 09 leitos de UTI no Hospital do Câncer, 17 leitos de UTI para cirurgias e outras enfermidades.

A rede pública de atenção básica à saúde no município de Muriaé – MG conta com 24 unidades do Programa Saúde da Família, 21 equipes de saúde bucal, 122 agentes comunitários de saúde, distribuídos pelos bairros em que se localizam as unidades de PSF e em 06 distritos que compõem a estrutura administrativa local. Além disso, Muriaé conta com 03 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com um total de 16 profissionais, dentre eles: psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista; 01 Centro de Epidemiologia; Centro de Especialidades Papa João Paulo II (serviços de vacinação, oftalmologia, odontologia, fonoaudiologia e psicologia); Farmácia de Atenção Básica (concessão de medicamentos básicos e controlados); 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Laboratório de Análises Clínicas da Rede de Atenção Básica.

Vale sinalizar que o tratamento destinado aos portadores de transtorno mental do município de Muriaé-MG anterior à implantação do CAPS em 2005, era voltada aos princípios de institucionalização, internação e exclusão social. Os portadores de transtorno mental eram submetidos à internações sistemáticas e, como o município não dispunha de um hospital psiquiátrico as internações eram e continuam sendo encaminhadas para a Clínica São José (instituição privada e conveniada com o SUS), situada no município de Leopoldina-MG, a 60 km de Muriaé-MG.

Atualmente, a assistência em saúde mental do município é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial implantado em Dezembro/2005 através de um convênio entre Prefeitura Municipal de Muriaé e Ministério da Saúde. O CAPS atende cerca de 300 pacientes psiquiátricos em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Aqueles que necessitam de internação psiquiátrica são

referenciados para a Clínica Psiquiátrica São José no município de Leopoldina MG, a cerca de 60 km de Muriaé.

4.2.

Contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada em três unidades do Programa Saúde da Família do município de Muriaé, interior de Minas Gerais. A escolha dessas unidades do PSF teve como critério o número mínimo de 10 de portadores de transtorno mental assistidos. Nesse sentido, as unidades de PSF que serão estudadas são as unidades localizadas nos bairros da Barra, Safira e Santa Terezinha que apresentaram maior número de portadores de transtorno mental.

No município de Muriaé, cada equipe do PSF se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4.500 pessoas ou de mil famílias, divididas por área e micro áreas, mapeadas dentro da comunidade. Em média cada agente comunitário de saúde é responsável por cerca de 250 famílias nas micro áreas por eles assistidas. Para uma melhor visualização elaborou-se o quadro que se segue:

PSFs Muriaé-MG

Número de equipes	24
Número de Agentes Comunitários de Saúde	122
População do município de Muriaé	126.063
Cobertura	73%
Número de pessoas atendidas	58.944
Número de famílias cadastradas	16.773

Quadro 1 – Fonte: Secretaria de Saúde de Muriaé, 2009.

As unidades do PSF que foram pesquisadas encontram-se em bairros constituídos por residências populares cujos moradores, em sua maior parte, não têm acesso à rede privada de saúde e dependem exclusivamente da rede pública.

É importante ressaltar os aspectos éticos da pesquisa, uma vez que o projeto foi submetido à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé-MG¹¹. Após aprovação foi encaminhada uma cópia do projeto ao Secretário Municipal de Saúde de Muriaé-MG, bem como para sua assessora. Além disso, uma declaração fora por escrito autorizando a realização da pesquisa nas três unidades do PSF: Barra, Safira e Santa Terezinha. (Vide em anexo)

Nesse sentido, mesmo portando a autorização cedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé-MG, a pesquisadora entrou em contato telefônico com os enfermeiros responsáveis diretamente pelas referidas equipes do PSF para explicar os objetivos da pesquisa, solicitar a aprovação e agendar o dia da entrevista com os agentes comunitários de saúde.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ficaram com uma cópia, sendo que dois agentes comunitários de saúde não aceitaram participar da entrevista e a decisão dos mesmos fora respeitada pela pesquisadora. Além disso, a autorização concedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé-MG foi apresentada em todas as unidades de PSF que serviram de campo para esta pesquisa.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista que de acordo com Gil (2008):

Pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. (p.110)

Franco (2006) apud Cruz Neto aponta que a partir da entrevista o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Logo,

¹¹ Vale sinalizar que o município de Muriaé-MG não possui comitê de ética em pesquisa. Nesse sentido, o projeto de pesquisa foi avaliado e submetido à uma equipe de profissionais da área de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé que aprovou a realização do mesmo em três unidades básicas do PSF.

por meio desse instrumento são coletados fatos relatados pelos atores enquanto sujeitos-objeto da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade.

Para o presente estudo utilizou-se da entrevista semi-estruturada, que foram gravadas para o melhor tratamento dos dados. Ressalta-se que a participação dos profissionais foi voluntária. As entrevistas ocorreram nos meses de dezembro/2009 e janeiro/2010, nas próprias unidades do PSF, durante o horário de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Previamente avisados, os sujeitos foram comunicados com antecedência, e o dia e a hora das entrevistas foram devidamente agendados. No dia da realização das entrevistas os agentes comunitários de saúde receberam esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa e, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido as entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas.

Gil (2008) relata que após a coleta de dados, a fase seguinte é a de análise e interpretação. Esses processos aparecem sempre relacionados entre si. A análise possui o objetivo de organizar e sumariar os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Já a interpretação procura dar sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos obtidos anteriormente.

Como primeira etapa da análise dos dados foi realizada a transcrição das entrevistas, uma vez que esse procedimento possibilita uma maior aproximação com o material coletado. Após a transcrição das entrevistas, fez-se a leitura atenciosa de todo material transcrito, permitindo a retomada dos objetivos propostos no início do estudo.

A organização da análise das entrevistas visou o cumprimento dos objetivos do estudo, dentre eles: a) conhecer a concepção de saúde mental que orienta o trabalho dos agentes comunitários de saúde; b) investigar se os agentes comunitários de saúde recebem algum tipo de capacitação para lidar com as demandas da Saúde Mental; c) conhecer na visão dos agentes comunitários de saúde, o que facilita e o que dificulta o trabalho dos mesmos na relação com as famílias de pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico; d) contribuir para a consolidação de uma prática qualificada em saúde mental, especialmente dos agentes comunitários de saúde do referido município.

4.3.

Caracterização dos agentes comunitários de saúde entrevistados

Os agentes comunitários (ACS) a serem entrevistados constituíram inicialmente um grupo composto por quinze sujeitos lotados em três distintas unidades do Programa Saúde da Família do município de Muriaé - MG, sendo cada equipe estruturada com cinco agentes. Contudo, como a participação na pesquisa era livre, dois optaram por não participar ficando, portanto, o número de entrevistados constituídos por treze ACS.

Em relação à idade desses agentes, identificamos uma variação entre vinte e dois e quarenta anos, sendo que na faixa dos 22 a 28 anos está a maior concentração (onze ACS); e, apenas dois encontram-se na faixa dos 40 anos de idade. Verificou-se que a maior parte dos entrevistados é do sexo feminino (sete) e os demais (seis) do sexo masculino.

Para a maioria dos entrevistados o trabalho como agente comunitário de saúde revela-se como a primeira experiência profissional. Em relação à escolaridade constatamos que todos os ACS possuem a escolaridade mínima exigida para o cargo, ou seja, o ensino médio completo, sendo que apenas um ACS possui o curso de técnico em enfermagem e outro que se encontra cursando a faculdade de psicologia.

Os ACS trabalham em uma jornada semanal de quarenta horas e contam com um salário que consideram ser insuficiente¹² para suas necessidades pessoais e familiares. Além disso, não possuem benefícios como: vale-alimentação, refeição, convênios com universidades, dentre outros. Contudo, esta realidade contribui com que este emprego seja vivenciado como permanente por grande parte dos ACS, uma vez que a realidade econômica e de tempo não possibilita o financiamento e frequência dos estudos. Quanto à religião, dois ACS disseram não ter religião, cinco relataram ser católicos e seis evangélicos.

Quanto ao tempo que trabalham na unidade do PSF, houve uma variação de sete meses a cinco anos; sendo que dez ACS entrevistados revelaram que trabalham há mais de dois anos; dois ACS estão inseridos há um ano e meio, e

¹² Em janeiro/2010 os ACS recebiam um salário mínimo, R\$ 465,00 (valor bruto).

apenas um ACS trabalha há menos de um ano na referida instituição. Constatamos que a maior parte dos ACS advém da gestão municipal anterior¹³.

Dos treze entrevistados, apenas quatro moram na área de abrangência em que trabalham. Logo, a maioria dos ACS não reside na mesma comunidade em que trabalha, o que pode resultar em uma fragilização do vínculo que devem manter com a comunidade, gerando uma possível dissonância com os princípios do SUS.

O material oral produzido através das entrevistas mostrou-se rico em significados, o que possibilitou elaborar, orientados nos objetivos, os seguintes eixos temáticos para fins de análise:

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; A Concepção de Saúde Mental; Desenvolvimento das competências para a assistência em saúde mental e Dificuldades e aspectos limitantes da assistência. Em consonância ao termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os entrevistados serão identificados nos fragmentos de respostas que ilustram esta análise por ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6, ACS7, ACS8, ACS9, ACS10, ACS11, ACS12 e ACS13.

Como já abordado em capítulo anterior, as experiências reformistas em psiquiatria têm motivado novas formas do profissional se relacionar com o trabalho e sua clientela provocado modificações substantivas na produção dos serviços de saúde, em termos de ações a serem realizadas e de sua própria organização (Silva & Dalmaso, 2002). Contudo, essa reorientação tem apontado novos desafios para atenção básica em detrimento às demandas assistenciais, dentre estas, destaca-se a inserção da assistência em saúde mental. Ao buscar conhecer como se dá o trabalho dos ACS com os portadores de transtorno mental e suas respectivas famílias, pretende-se inicialmente, obter uma compreensão geral de sua atuação independente de estarem lidando com portadores de transtorno mental. As entrevistas revelaram que o trabalho que realizam, de um modo geral, consiste na orientação, escuta, prevenção, encaminhamento para médicos e visitas. Conforme podemos notar nas falas a seguir:

(...) de modo geral eu procuro interagir o máximo possível: criar vínculo entre comunidade e saúde. Para as pessoas confiarem e até problemas que não são da

¹³ Vale sinalizar que o gestor municipal de Muriaé foi reeleito em 2008.

área de saúde. Assim podemos conversar sobre problemas de famílias, brigas, convivência, alcoolismo que afetam também a saúde. Eu estando presente todo dia, a pessoa vai adquirir confiança e repassar os problemas. Posso então interagir com os problemas sociais além da saúde. (ACS01)

(...) eu faço as visitas normalmente, sabendo como está a saúde no bairro, se as famílias estão se tratando, se está ocorrendo algum caso de alguma doença, por exemplo, dengue. Nas visitas anoto o que as famílias necessitam. Às vezes a pessoa precisa de consulta ou visita do enfermeiro. Agente anota para encaminhar essa família no meio mais fácil para chegar à saúde. (ACS04)

(...) cada família é um jeito diferente. Cada família é um problema diferente. Diabetes, tem que tratar de um jeito. Hipertensão, precisa de orientação. Trabalho de acordo com a realidade de cada família.(ACS06)

(...) cada dia um agente comunitário de saúde fica no PSF para atender a população e os outros saem para fazer visitas. Nós trabalhamos com a prevenção e orientação de doenças. Fazemos visitas, observamos o que está precisando. Se precisar de encaminhamento, agente faz. (ACS12)

Nota-se que as falas acima corroboram com os princípios do PSF, uma vez que a atuação dos ACS é baseada na territorialização e área de abrangência definida. Além disso, os ACS são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população adstrita a esta área. A equipe de saúde da família tem o objetivo de promover o conceito de saúde como direito à cidadania, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, além de realizar visitas domiciliares e reuniões com a comunidade. Por estarem mais próximos das pessoas, das famílias e da comunidade, estes profissionais podem oferecer assistência de acordo com as necessidades da população realizando um acompanhamento, ao longo do tempo, dos processos saúde-doença que os acometem ou poderiam acometer.

No que tange exclusivamente ao papel do ACS, Silva & Dalmaso (2002) apontam que estes vêm se constituindo como um segmento efetivo do trabalho em saúde, representando assim novos atores no cenário da assistência, além, de um representativo segmento efetivo da produção dos serviços de saúde, se desvincilhando desta forma, da imagem de suporte à determinadas ações estratégicas de saúde, para se constituírem em peças efetivas, e talvez, personagens chave, no processo organizacional da assistência em saúde mental.

Os ACS entrevistados parecem reconhecer este papel, uma vez que procuram privilegiar as famílias em todas as suas necessidades como pode ser exemplificado nas seguintes falas:

(...) de modo geral atendemos o que a família precisa.” (ACS05)

(...) faço o acompanhamento das famílias, vejo as suas necessidades, o que está no nosso âmbito de atuação, tentando sempre preencher com atenção. (ACS10)

Dos treze ACS, apenas um relatou não conhecer os portadores de transtorno mental que residem na área de abrangência do PSF e justificou o fato informando que “está no PSF há apenas um mês e está recadastrando as famílias”.

Quando foram indagados sobre qual seria a melhor forma de orientar às famílias dos portadores de transtorno mental, os ACS se referiram não às suas ações, mas às resistências que encontram nas famílias desses sujeitos.

(...) é um assunto mais complicado, porque a família dos doentes mentais normalmente costumam protegê-los. Quando falamos nesse assunto, as famílias escapam, querem privar. É difícil.(ACS10)

(...) é meio complicado, pois existem famílias que não gostam muito de conversar sobre o assunto. Então fica sem ter o que fazer, pois a família não aceita agente interferir, conversar. Eles acham que estamos querendo intervir. É por isso que falta o atendimento especializado para o doente mental, pois não sabemos como lidar. (ACS05)

Esse deslocamento da resposta, se por um lado revela a dificuldade que os ACS apresentam para lidar com estas famílias, por outro, também descortina o que Colvero (2004) designa como “fato novo”, ou seja, tanto as famílias quanto os ACS se deparam com a realidade do não isolamento, da não segregação do portador de transtorno mental aos muros hospitalares/manicomiais. Para o autor, a assistência prestada aos portadores de transtorno mental revela que os familiares que buscam a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e dos profissionais apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas:

A dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem

como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações. Face a este complexo cotidiano, acreditamos que as ações dirigidas à família de indivíduos portadores de transtorno mental grave devam estruturar-se de maneira a favorecer e potencializar a relação familiar/profissional/serviço. Compreendendo o familiar como um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental. (Colvero, 2004, p.199)

Colvero (2004) também chama a atenção para o fato de que o retorno do doente mental à família e à comunidade é polêmico e permeado por contradições, uma vez que há carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, descontinuidade dos programas de reinserção social do doente mental e a desconsideração dos desgastes a que ficam sujeitos os familiares.

Além dessas questões, não se pode esquecer que há de se trabalhar no processo de desinstitucionalização da “loucura” e seus mecanismos de segregação e exclusão. Os ACS, ao desconhecerem as necessidades das famílias diante dessa nova realidade, podem contribuir para a reificação de um quadro de sofrimento no seio da família. Franco (2006) apud Spadini e Souza esclarecem:

Na dificuldade de relacionamento, nota-se que a desarmonia familiar e agressões contribuem para o agravamento da doença; que para o familiar que cuida do doente há muitas sobrecargas; que faltam orientações e apoio para os cuidadores; e que é fundamental a participação da família para o sucesso do tratamento do doente mental. (Franco apud Spadini & Souza, 2006, p. 64)

Os ACS relataram sobre o trabalho que desenvolvem junto às famílias dos portadores de transtorno mental:

(...) famílias que têm doente mental, tem que ter muita paciência. Tem que interessar muito porque é difícil. Tem uma paciente que tem distúrbio mental. Ela é muito agressiva. Quando você chega, ela te bate. Tem que ter um jeitinho especial para lidar. Depois agente aprende a gostar da pessoa devagar. Tem que ter um jeitinho especial para lidar com eles porque tem que ter mais cuidado no jeito de falar, pois às vezes o que eu falo com você, não posso falar com eles porque podem não entender, ter uma reação e ficar agressivo. Precisam de atenção. (ACS06)

(...) mais orientação, ter uma pessoa especializada para saber explicar para as famílias as dúvidas e ter um melhor relacionamento com a família. (ACS03).

(...) a melhor maneira seria conscientizar as famílias de como lidar com o transtorno mental, pois pessoas com doença mental necessitam de carinho, atenção e hoje a sociedade não olha deficiência física, nem mental. Estão

querendo, como se diz, passar um por cima do outro, mas os doentes mentais precisam de mais cuidado. (ACS04)

Em que pesem as dificuldades, a fala dos entrevistados também revela um olhar de acolhimento expresso na necessidade de ter “um cuidado e um jeito especial” para lidar com as famílias e os portadores de transtorno mental.

Se a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que a desinstitucionalização, diferente de desospitalização, exigir a transformação das relações do cuidado em saúde mental, propondo novas alternativas de atenção com foco no sujeito em seu território, é de extrema importância o desenvolvimento de um trabalho qualificado na atenção básica que responda às demandas do novo paradigma da saúde mental.

4.4. Concepção de Saúde Mental

Embora a pergunta destinada aos ACS tenha sido feita com referência à concepção de saúde mental, os ACS entrevistados tiveram dificuldade em conceituar a saúde mental enquanto campo de ruptura com o modelo médico-hospitalocêntrico uma vez que tiveram mais facilidade em descrever algumas das características que integram o senso comum do que seria a doença mental.

As respostas revelaram uma concepção de “doença mental” associada a “deficiência genética”, “cérebro que não funciona”; “patologia que se adquire como qualquer outra”, “problema no parto” ou se voltaram para descrever comportamentos tipo “não dorme direito”, “agressivo”, “mexe com o intelectual”, conforme poderá ser observado nos fragmentos que seguem:

(...) a saúde mental são pessoas que o cérebro não funciona, como posso te dizer? Pessoas que precisam de atendimento especial, pois tem que ser com todo um jeito”; (ACS1)

(...) todo aquele que tem deficiência, que precisa de um medicamento para ajudar naquilo ali. Não dorme direito. Pessoa agressiva. Uma anormalidade que mexe com o intelectual”; (ACS2)

(...) doença mental é uma patologia que o paciente adquire como qualquer outra e que tem que ser tratada, mas não denigre a capacidade social desse paciente. (ACS10)

(...) alguma deficiência genética, algum problema no parto, não sei te dizer o que. (ACS12)

De maneira geral, pode-se dizer que as respostas dadas pouco contribuem para um trabalho que em princípio se propõe a superar o modelo hospitalocêntrico, com vistas a: centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente; trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco; desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental; politizar as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento; realizar práticas intersetoriais; e, e desenvolver o exercício da cidadania. (Nunes, 2007, p. 4).

Estas concepções revelam que os ACS entrevistados ainda estão muito próximos de um modelo médico no qual as referências biológicas se fazem bastante presentes e contemplam a patologia como principal referência para o desenvolvimento assistencial, desconsiderando diversas vezes as reais necessidades do indivíduo, como por exemplo, o resgate do doente mental para o convívio social. Nesse sentido, a concepção que os ACS possuem a respeito de saúde mental, ainda são orientadas por fundamentos epistemológico que se situam em consonância com os utilizados no modelo assistencial médico-naturalista o que não favorece, ou de certa forma dificulta, a instauração de um modelo de cuidado efetivo para os portadores de doenças psíquicas dentro da proposta de atenção básica preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

4.5. Desenvolvimento das competências para a assistência em saúde mental

No que se refere às competências necessárias para o desenvolvimento da assistência em saúde mental para os portadores de transtorno mental e suas

famílias, poucos ACS relataram que receberam cursos de capacitação e freqüentes orientações da coordenação de enfermagem para lidar com as demandas em saúde mental.

(...) recebo orientações constantemente do enfermeiro chefe, orientações necessárias sobre saúde mental, tratamento, visitas, identificação de doenças. Teve um curso em 2007 sobre saúde pública, eram três módulos, só fizemos um até hoje, os outros dois estão parados (...) (ACS01)

(...) sim, tivemos alguns treinamentos, como atender bem as famílias, saber conversar, quais os tipos de medicamentos que o paciente usa, se necessita de visita do médico ou da enfermagem, se possui alguma patologia, como diabetes, pressão e outras, se faz o tratamento. (ACS04)

(...) quando entrei no PSF teve o curso de técnico de ACS, só que começou e fizemos seis meses de preparação, teve o primeiro módulo, começou o segundo e depois não teve mais nada. (ACS05)

(...) curso técnico de ACS, aliás tem que ter continuação desse curso, pois, são três módulos e a gente só fez um. (ACS10)

(...) o único treinamento que fizemos foi o posto que começou, foi apenas a primeira parte, depois não teve mais. (ACS08)

No bojo da proposta da política descentralizadora do SUS, a formação dos ACS tem sido delegada a responsabilidade dos municípios, que nem sempre compactuam com a responsabilidade da formação desses importantes recursos humanos em saúde. Os ACS entrevistados revelaram não terem concluído toda a proposta pedagógica para sua formação, devida pendência de alguns módulos complementares. Nesse sentido, demonstraram interesse em dar continuidade à formação, tendo em vista sua importância para o enfrentamento da diversificada natureza de problemas existentes em seus cotidianos de trabalho.

Ainda sobre a questão do empenho das gestões municipais para a formação dos recursos humanos em saúde, em especial no que se refere aos Agentes Comunitários, é importante destacar que o caráter descentralizador das políticas públicas permite uma flexibilidade em relação às propostas de ensino, o que permite que as mesmas se voltem para a realidade de saúde da qual esses agentes se encontram ensejados, permitindo desta forma um questionamento crítico - reflexivo da realidade a ser abordada em sua futura prática de trabalho. Contudo, conforme apontam Costa & Maeda (2001) ficou evidente na fala dos ACS entrevistados a descentralização pode resultar, em certos casos, em pouca

formação para o Agente Comunitário de Saúde. Pôde ser constatado ainda que a pouca formação ocasiona insegurança e sofrimento no exercício profissional, principalmente quando não há, para o ACS, clareza suficiente de suas atribuições e de seu papel social junto à comunidade.

Um dos entrevistados informou que quando iniciou suas atividades na unidade, a capacitação já havia acontecido e outro acrescentou ter recebido apenas orientações práticas. Segundo seu depoimento, “teve o curso de capacitação de ACS, mas quando eu comecei a trabalhar me deram apenas explicações do que eu teria que fazer”. (ACS11)

No tocante à capacitação dos ACS para lidarem com as demandas específicas da área da saúde mental, apenas um dos entrevistados informou ter recebido algum tipo de orientação. Todos os demais relataram que não tiveram nenhuma capacitação específica. Esta realidade vem em contradição com as exigências da Política Nacional de Saúde Mental e com o modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, Mielke (2009) afirma que

(...) a formação inadequada tem conseqüências importantes nos modos de trabalho dos ACS, principalmente no que tange a questão da responsabilização. Os ACS, incertos acerca de seu papel, acabam por se sentir responsáveis por situações que extrapolam sua atuação, e que, em grande medida, são problemas estruturais de difícil resolução, geralmente dependentes de mudanças sócio-econômicas. (p.34)

Silva & Dalmaso (2002) em seu artigo intitulado “O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica ”universalista” e a dimensão social comunitarista” deixam claro, no entanto, que tanto para a visão comunitarista quanto para a visão estatista têm faltado abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS – o que parece indicar que o Estado ainda não aprendeu a lidar com essa figura de um ponto de vista educacional, da mesma maneira como ainda não sabe que estatuto lhe conferir de um ponto de vista trabalhista.

A mudança proposta pela Reforma Psiquiátrica preconiza ou mostra a necessidade de que os técnicos estejam preparados para um novo tipo de relacionamento e tratamento das pessoas portadoras de transtorno mental, visando à inclusão social dos doentes mentais, um cuidado baseado em ações territoriais,

buscando o atendimento médico ambulatorial e reduzindo os índices de internação psiquiátrica.

O ACS que informou ter recebido capacitação relatou que a mesma aconteceu antes de entrar no PSF e descreveu a mesma como:

(...) tiveram pessoas que nos ensinaram a lidar com a saúde mental, os lugares onde os doentes podem se tratar, os remédios que fazem uso, como faz o uso, como as pessoas com transtorno mental devem se comportar e como devemos tratar essas pessoas na sociedade, pois elas precisam de cuidados. (ACS04)

A necessidade de capacitação específica na área da saúde mental é percebida pelos entrevistados que se sentem “despreparados” para lidarem com as demandas que lhes são apresentadas no trabalho que desenvolvem com as famílias e portadores de transtorno mental. E, portanto, solicitam capacitação/treinamento específicos, como pode ser observado nos depoimentos que seguem:

(...) treinamento, palestras é essencial, pois, às vezes a gente deixa de fazer alguma coisa benéfica, pois, não temos informações, não temos a forma certa de abordar o paciente. Se a gente fosse mais bem preparados, a gente teria resultados melhores. (ACS 2)

(...) mais palestras, colocar o tema mais aberto, para que a saúde mental venha abranger um maior espaço na sociedade para que as pessoas possam ter mais tratamentos e mais facilidade para se tratar. (ACS 04)

(...) palestras, reuniões, porque hoje vou ser sincero, estamos aqui no escuro, não teve curso. (ACS08)

(...)uma série de curso, palestras que nos capacite a atender da melhor maneira possível. (ACS10)

Deste modo, pode-se observar que apesar dos ACS entrevistados estarem cumprindo seu papel, através do desenvolvimento de ações assistenciais para com as famílias e os portadores de doença psíquica, bem como as ações coletivas em geral estas ficam a desejar uma vez que a falta de investimentos em capacitação, educação continuada e permanente, o que pode comprometer o êxito das ações estratégicas dos ACS.

A esse respeito Nunes (2007) acrescenta que:

Os esforços de consolidação da Política de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, da capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto ao PSF, além da insipiência das suas ações na área de

saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais. (Nunes, 2007, p. 3)

Dando continuidade a essa discussão, Nunes (2007) também aponta que muitas são as razões para a não inclusão da saúde mental nas equipes do PSF e destaca várias causas, dentre elas: o desconhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e a carência de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF e a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras.

Ainda ao que se refere à qualificação profissional, a declaração de Caracas (Brasil, 2004) orienta que sejam realizados investimentos na troca de saberes, na articulação e integração dos serviços especializados e daqueles que compõem a rede básica de assistência à saúde. Contudo, para que se alcance tal concretude se faz necessário que os gestores em saúde possuam uma compreensão maior dos problemas que o ACS vem enfrentando no exercício de suas atividades, além do comprometimento com a comunidade que necessita ser melhor assistida em suas necessidades. Ademais, isso também contribuiria para um entrosamento entre esses profissionais de saúde e as políticas municipais.

4.6.

Dificuldades e aspectos limitantes da assistência aos portadores de transtorno mental

Nesta abordagem, buscou-se conhecer através da percepção dos ACS, dificuldades e aspectos limitantes da assistência aos portadores de doenças psíquicas e a suas respectivas famílias. Evidenciou-se também que para a maioria

dos ACS existem dificuldades no que se refere à orientação junto às famílias dos portadores de transtorno mental. Vale destacar que, dos treze participantes, quatro responderam não possuírem nenhum obstáculo para o desenvolvimento do seu trabalho junto aos portadores de transtorno mental.

As entrevistas possibilitaram identificar que uma das maiores dificuldades encontradas no trabalho dos ACS se relaciona com a falta de conhecimento dos familiares quanto ao conceito atribuído por estes ao que seria saúde mental, bem como o preconceito e a exclusão que a própria família atribui ao portador de transtorno mental.

Sendo assim, pode-se entender ainda a este respeito, que a forma com que a família se relaciona ou até mesmo vislumbra a doença psíquica, dificulta o ensejo de ações por parte dos ACS que abarquem tanto as necessidades da família, quanto a de seus entes acometidos, o que, por conseguinte, acaba por não promover a superação do modelo manicomial, conforme pode-se constatar nas falas a seguir:

(...) em alguns casos as famílias não dão a devida atenção, não aceitam bem, têm preconceito com o doente mental. Acho que falta um serviço especializado aqui em Muriaé. (ACS01)

(...) no começo, a dificuldade que encontrei muito grande era que as famílias não aceitavam o doente mental, que este precisava de ajuda. Foi complicado. Mas no final, acho que deu certo, pois dei apoio, expliquei que o doente precisava de acompanhamento e de tratamento. (ACS02)

(...) justamente a falta de informação que a família tem, falta conhecimento da família sobre o assunto, falta paciência. A maior problemática é encontrar meios não com o paciente, mas com a família. (ACS08)

(...) a família entender a situação do paciente. O grande problema é a família em geral, não o paciente. Não compreende porque o paciente age daquela forma. (ACS11)

Percebe-se no conteúdo dos fragmentos acima que a maioria dos ACS fizeram menção às famílias como fator que mais dificulta o trabalho assistencial em saúde mental. Nesta abordagem, identificou-se também que apenas um ACS revelou que a maior dificuldade consiste na falta de preparo da categoria

profissional como um todo, para subsidiar as demandas assistenciais em saúde mental.

(...) podíamos ter um treinamento para nossa orientação, pois orientamos do jeito que a gente sabe. Alguém como a psicóloga do CAPS podia vir e ter uma conversa, explicar tudo pra gente, como funciona, como age, pois eles já estão acostumados. (ACS12)

É interessante observar que os ACS reconhecem a necessidade de capacitações/treinamentos na área da saúde mental, mas, ao mesmo tempo relatam que as dificuldades que possuem estão relacionadas à falta de conhecimento da família. Dessa forma, ignoram as suas próprias dificuldades, impedindo a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Franco (2006) acredita que os profissionais que atuam na atenção básica, principalmente os ACS necessitam de um olhar diferente por parte das instituições que os preparam para o mercado de trabalho, como também uma maior atenção por parte dos gestores à frente das equipes do PSF, no que se refere à assistência ao campo da saúde mental.

No entanto, para que exista uma visão de abrangência e, que, principalmente contemple as necessidades explicitadas na assistência em saúde mental, se faz necessário largos investimentos constantes na formação permanente e continuada dos recursos humanos em saúde, especificamente nesse contexto de discussão. É necessário que os ACS, aproximam-se das diversas transformações que ocorrem na sociedade contemporânea que a cada dia suscitam novos problemas da relação constante do homem em movimento no espaço social.

A esse respeito Nogueira (2002) descreve que o trabalho do ACS deve ter objetivos estratégicos e padrões de desempenho válidos para todos os lugares, como parte de um programa nacional que visa a aumentar o alcance e a eficácia dos serviços proporcionados pelo SUS, o que corrobora nossa perspectiva da necessidade de se abranger o *know-how* de problemas da sociedade contemporânea.

Quando questionados se discutem sobre as dificuldades que encontram nas reuniões de equipe do PSF, a maioria dos ACS informou que as dificuldades não são discutidas em reuniões de equipe, mas, levadas diretamente, individualmente, para o enfermeiro que coordena a equipe.

(...) sempre que posso procuro falar com os enfermeiros. Explicar a situação das famílias para agente poder dar um suporte aqui no PSF” (ACS02)

(...) discuto todas, todos os dias. Quando chego das minhas visitas eu levo tudo o que passou na rua para a enfermeira. (ACS07)

(...) a gente trás todas as dificuldades e informa a enfermeira e ela é o elo entre nós aqui e a Secretaria de Saúde. Então tudo passamos para ela. (ACS08)

Os ACS que responderam que não discutem com a equipe apresentaram as seguintes justificativas:

(...) não porque o PSF é muito grande. A demanda é grande prá gente abordar esse assunto. (ACS05)

(...) não porque esse assunto nunca foi comentado” (ACS06)

(...) em relação à saúde mental, nós nunca conversamos. (ACS12);

Na medida em que os ACS não dispõem de um espaço para a discussão das demandas e dificuldades na área da saúde mental, bem como para compartilharem objetivos e interesses capazes de assegurar condições para o atendimento integral dos portadores de transtorno mental e de suas famílias, torna-se um desafio realizar um trabalho humanizado e voltado para a inclusão social dos portadores de transtorno mental.