

**THIAGO LAVRAS TRAPÉ**

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E  
A SAÚDE MENTAL: faces e interfaces**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2010**



**THIAGO LAVRAS TRAPÉ**

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E  
A SAÚDE MENTAL: faces e interfaces**

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva  
apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de Campinas para  
obtenção do título de Mestre Saúde Coletiva, área de  
concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Onocko Campos

**CAMPINAS  
UNICAMP  
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira - CRB-8ª / 6044

T689a      Trapé, Thiago Lavras  
              O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e  
              interfaces / Thiago Lavras Trapé. Campinas, SP: [s.n.], 2010.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos  
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde mental. 3. Saúde  
coletiva. I. Campos, Rosana Teresa Onocko. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

**Título em inglês: Community health agent and mental health: faces and  
interfaces**

**Keywords:** • Primary health care  
                  • Community health agent  
                  • Mental health

**Titulação: Mestre em Saúde Coletiva**

**Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde**

**Banca examinadora:**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Teresa Onocko Campos**

**Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Lucia Correia Lima Fortes**

**Data da defesa: 02-07-2010**

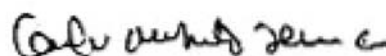
## Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): Thiago Lavras Trapé

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Rosana Teresa Onocko Campos



\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa



\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 02/07/2010



*O que significa este conceito de saúde que é quase colocado como  
uma coisa a ser atingida?*

*Que não é simplesmente que a pessoa não tenha doença, é mais.  
É um bem estar social, um bem estar social que pode significar que as pessoas  
tenham mais alguma coisa que simplesmente estar doentes,  
que tenham direito a casa, que tenham direito ao trabalho, que tenham direito a  
um salário condigno, que tenham direito à água, que tenham direito a vestimenta,  
que tenham direito a educação, a ter informações sobre  
como se pode dominar este mundo e transformá-lo,  
que tenham direito ao meio ambiente que não seja agressivo e, pelo contrário,  
que permita a existência de uma vida digna e decente.  
Que tenha direito a um sistema político que respeite a livre opinião,  
a livre possibilidade de organização, a livre possibilidade de autodeterminação  
de um povo e  
que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência,  
daquela violência resultante da miséria que resulta no roubo e no ataque  
e que também não esteja submetida  
à violência de um governo contra seu próprio povo.*

**Sérgio Arouca**

**8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986**





## AGRADECIMENTOS

---

Os agradecimentos que se estenderão por esta breve lauda não têm como compromisso agraciar apenas aqueles que diretamente fizeram parte deste trabalho, e sim homenagear as pessoas que representam os fundamentos deste caminhar errante. Mais que apenas palavras, expressam desejos, gestos, afetos, que tento sintetizar.

Existem alguns responsáveis por esse desejo manifesto em construir boas práticas públicas: primeiro, a matriarca intelectual, que me ensina por atos, fatos, memórias e contos que é possível vislumbrar a ética e a aposta num Estado representativo, a querida Alba Lavras, cujos passos tenho orgulho de seguir.

Nessa sequência hereditária, agradeço àquela que efetivamente tenho como modelo profissional, pela capacidade técnica e história de competência, que me faz ter o grato peso do que significa ser seu rebento, e principalmente por todos os afetos que a palavra mãe carrega consigo, Carmen Lavras, pelo muito, que me incapacita de sintetizar em poucas palavras.

Ainda na miscelânea sanguínea, não posso me esquecer da minha veia acadêmica e emotiva, um tanto italiana, herdada do meu querido pai, Angelo Trapé, pelo exemplo profissional, pela história e pelo modo apaixonado que entende as relações, sem que isso seja trivial.

Contar neste trabalho um pouco da Rede de Saúde a que pertencemos, me remete há tantos anos atrás, em que pessoas foram capazes de almejar uma saúde digna e pública e lutar por ela, mesmo quando tudo conspirava contrariamente. Dessa memória, que não pude viver, trago o orgulho de citar Carmen e Angelo (dentre tantos outros), que certamente são co-autores destes escritos.



No meio acadêmico, em geral tão narcísico, posso vivenciar um espaço de trocas que agrega juventude, sorrisos, discussões, amizades, pesquisa, produção, responsabilidade e parcerias. O Grupo *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces* é importante parte constitutiva de meu desenvolvimento pessoal e técnico, e para algumas pessoas em especial, breves palavras:

Ao Carlos Gama, pela amizade, oportunidades e parcerias acadêmico-éticas; a Alberto “Tato” Giovanelo, por ser um dos dois “Hermanos” de que mais gosto, e pela camaradagem, conversas intermináveis e ajuda neste trabalho; a Ana Ferrer (futura próxima mamãe!), pela amizade, risadas e ótimas conversas; à querida Lilian Miranda, nova docente da UFRJ, que está passeando pelo RJ: só você é capaz de agregar esta turminha; a Tati, pela simplicidade mineira; a Thais Mike, pela boemia que nos é comum; a Ivana, pelo português requintado e por preferirmos Caetano; ao Deivisson Viana por se implicar na construção de uma saúde mental de qualidade; a Luciana Togni, pela simplicidade, mesmo depois de ter feito muito pelo SUS; a Laurinha, cidadã multicêntrica, pela ajuda “analisadora”; ao Bruno Emerich, pelas risadas, contos canastras, futebol medíocre e viagens que estão por vir; a Rodrigo “Presa”, pela elegância, boas idéias e perna canhota descalibrada; a Crispim, pela cordialidade, luta e multiculturalismo, se aportou em Catalão-GO. E a tantas outras pessoas que co-existem nesse coletivo. E a nossa “Chefa”, que merece um parágrafo só para ela, e que lhe será concedido adiante.

Já confessando que minha paixão futebolística é maior do que a acadêmica, e que essa relação me faz perder prazos, deixar de escrever quando deveria, adiar defesa, perder a saúde e adorar tudo isso, não poderia deixar de homenagear e agradecer a duas pessoas: ironicamente, a Dunga, pelo pior banco de reservas da história e pelo meio de campo medíocre que escalou que resultou na derrota canarinho no dia desta defesa. E já que falei em futebol, minha justa homenagem àquele que me dá anos de saúde pelas conquistas sempre comemoradas: Rogério Ceni e meu querido Tricolor!!



E como futebol nos remete a conversa e conversa diretamente ao boteco, gratas palavras ao Bar do Jair, pela Brahma sempre no ponto e as melhores coxinhas do Mundo.

Passei boa parte do meu tempo no Departamento de Preventiva da Unicamp, e lá há pessoas especiais que devem ser citadas por serem parte integrante desse processo: Regina e Sônia, pelas conversas no cafezinho e ajuda quando necessário, e a Maisa, que de tanto ajudar, me envergonho de pedir. Aos professores, em especial: a Solange L'Abatte, pela indescritível ajuda em minha qualificação; ao Nelsinho Filice, pelas boas conversas e aulas; ao Gastão, pelas histórias e histórias, brilhantismo acadêmico e bons papos; ao Everardo, por, lá atrás, ter aberto as portas de sua belíssima disciplina.

E uma especial gratidão a Felícia Knobloch, que partilhou idéias, saberes e argumentações que foram fundamentais a este trabalho.

Agradeço também à equipe do PESS/NEPP da Unicamp, com quem aprendo, sempre que é possível partilhar trabalhos nessa insanidade diária (Zezé, Teresa, Domenico, Cris Restitutti, Sonia, entre todos).

Sabendo que “na realidade a teoria é outra”, presto uma singela homenagem as minhas duas realidades profissionais: ao CS União de Bairros, pelas conquistas, equipe e possibilidade que me permitiu criar e vivenciar realidades sempre novas; ao CS Vista Alegre, pela experiência, até então curta e marcante: à toda equipe com quem venho partilhando essa nova fase e ao Mario Moraes, pela ajuda e parceria. Homenageio também o Distrito Sudoeste como um todo, que me prova que é possível alinhar boas práticas e boas reflexões no SUS.

A Professora Sandra Fortes que com crítica construtiva e leitura aguçada foi capaz de apontar nortes e fazer da banca um espaço construtivo e edificante, aceitando um convite ingrato de arguir em dia de derrota tupiniquim; e ao Carlos “Calucho” Corrêa, pela disponibilidade e por ter participado efetivamente deste processo de pesquisa.



Finalmente, agradeço a minha querida orientadora Rosana, que sempre agiu de maneira correta, ética e respeitosa comigo, possibilitando meu crescimento profissional e emocional ao abrir para mim as portas do seu grupo de pesquisa. Por sua atuação democrática, que permite que a juventude possa desenvolver, criar e lutar, sempre com compromisso técnico, ético e político.





# RESUMO



O Movimento de Reforma Sanitária (RS) tem importante papel na consolidação das políticas públicas nacionais de saúde que se referendam a partir da promulgação da Constituição em 1988, após anos de luta e tentativas de implantar serviços de saúde comunitários. A partir da evolução e democratização das políticas públicas de saúde, implementa-se, como modelo organizativo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel estratégico. A existência de atores locais articulados a unidades de saúde no Brasil se iniciam em meados do Século XX. A partir de sua institucionalização, os ACS passam a compor as equipes de saúde mínimas das Unidades Básicas de Saúde.

No bojo da Reforma Sanitária, o Movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) surge para enfrentar séculos de repressão, perseguição, violência e institucionalização dos portadores de transtornos psíquicos. Entretanto, mesmo tendo proximidades, o Movimento de RP entra em descompasso com o Movimento de RS. A precariedade da atenção à Saúde Mental na Atenção Primária se mostra entre esses dois movimentos, sem lugar para desenvolver-se e sem a devida preocupação e investimento público.

O presente estudo buscou avaliar o papel do Agente Comunitário de Saúde e sua prática na atenção à saúde mental no Município de Campinas-SP. Esse município vem-se constituindo como uma referência nas políticas públicas de saúde mental desde a década de 70, por implementar arranjos de vanguarda.

Os achados da pesquisa apontam a falta de investimento na saúde mental na Atenção Primária. Mostram que, apesar da implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que vem assumindo um papel estratégico e estruturante na rede, a organização do sistema ainda não consegue promover uma atenção satisfatória para os casos não graves, que não têm lugar para serem manejados, numa lógica do *Delire ou Padeça*.

Novas formas organizativas surgiram para dar conta da enorme demanda que aporta nas UBS e, nelas, os ACS se mostram profissionais que atuam com uma clínica híbrida, mesclando saberes técnico-científicos e populares do senso comum produzindo um *sincretismo clínico*. Seu discurso é um analisador das políticas de saúde mental nos diversos níveis de atenção, e pode colaborar no processo de pensar o modelo vigente e na criação de arranjos e práticas que possam qualificar a assistência e promover maior acesso e resolutividade para aqueles que apresentam algum sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Agente Comunitário de Saúde

# **ABSTRACT**



The Sanitary Reform Movement (RS) has an important role in the consolidation of national public health care that came be with the promulgation of the Constitution in 1988, after years of struggle and attempts to implement community health services. From the evolution and democratization of public health policies it is implemented, as an organizational model, the strategy of Family Health, where the Community Health Agent has a strategic role. The existance of local actors, articulated to health units in Brazil, begin in mid 20<sup>th</sup> century. From it's institunionalization, the ACS's begin to compose the teams of minimal health of the Basic Health Units (UBS).

In the bulge of the Sanitary Reform, the Psichiatrical Reform Movement (RP) arises to face centuries of repression, persecution, violence and institutionalization of bearers of psychic disorders. So even though the closeness the Movement of RP comes out of step with the movement of RS. Mental Health in Primary Care is shown between these two movements, with no place to develop and without due concern and public investment.

This study aims to evaluate the Community Health Agent and its practice against mental health care in Campinas-SP, which brings a role of reference in public health policies since the 70s, by implementing cutting-edge arrangements. The research findings indicate a lack of investment in mental health in primary care where the Centers for Psychosocial Care (CAPS) assume a structural and strategic role, providing an organization where non serious cases have no place to be managed in a logic of *rave* or *suffer*.

However organizational forms appear to account for the huge demand that brings in the UBS's, and the ACS show themselves as professionals who work with a hybrid clinic, mixing technical and scientific knowledge and popular commonsense producing a clinical syncretism.

His speech is an analyzer of mental health policies at different levels of attention and can help us to think the current model and create arrangements and practices that may qualify the assistance and promote greater access and solution for those who present some sort of psychological distress.

**Key-Words:** primary health care, mental health, community health agent.



## LISTA DE ABREVIATURAS

---

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AM</b>	Apoio Matricial
<b>AP</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNSM</b>	Conferência Nacional de Saúde Mental
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>FAPESP</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RS</b>	Reforma Sanitária
<b>RP</b>	Reforma Psiquiátrica
<b>SAS</b>	Secretaria de Atenção à Saúde
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TMC</b>	Transtornos Mentais Comum
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde



## LISTA DE TABELAS

---

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> ACS cadastrados nas equipes de saúde da família em Campinas.....	88
<b>Tabela 2</b> Agrupamentos a partir da análise de Cluster.....	92



## LISTA DE FIGURAS

---

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde Brasil - fevereiro/2010.....	74
<b>Figura 2</b> Agrupamentos a partir da análise de Cluster.....	94
<b>Figura 3</b> Representação do Circulo Hermenêutico adaptado à pesquisa.....	100



## LISTA DE GRÁFICOS

---

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> Número de Equipes de Saúde da Família implementadas e a meta pretendida de 1994 a 2010.....	47
<b>Gráfico 2</b> Número de NASF implementados no Brasil de Abril/08 à Fev/10.....	54
<b>Gráfico 3</b> Número de Municípios com NASF implementados.....	54
<b>Gráfico 4</b> Evolução de Municípios com cobertura por ACS desde 1994.....	73





	<b>Pág.</b>
<b>RESUMO.....</b>	xvii
<b>ABSTRACT.....</b>	xxi
<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	37
<b>2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	41
<b>2.1- A atenção primária e a Política de Saúde Mental Nacional.....</b>	47
<b>2.2- Saúde mental na atenção primária: entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica.....</b>	56
<b>2.3- Atenção primária à saúde mental.....</b>	59
<b>3- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....</b>	69
<b>3.1- Visitadores sanitários.....</b>	71
<b>3.2- Auxiliar de saúde.....</b>	72
<b>3.3- PIASS.....</b>	72
<b>3.4- PACS e PSF.....</b>	73
<b>4- OBJETIVOS.....</b>	79
<b>4.1- Geral.....</b>	81
<b>4.2- Específicos.....</b>	81



<b>5- MÉTODO.....</b>	<b>83</b>
<b>5.1- Cenário da pesquisa.....</b>	<b>85</b>
<b>5.2- Rede de saúde mental em Campinas.....</b>	<b>89</b>
<b>5.3- Campo.....</b>	<b>90</b>
<b>5.4- Os agrupamentos.....</b>	<b>94</b>
<b>5.5- Triangulação de métodos, avaliação participativa, narrativa e círculo hermenêutico.....</b>	<b>96</b>
<b>5.6- O conceito de analisador.....</b>	<b>104</b>
<b>6- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>107</b>
<b>6.1- ACS e a saúde mental: interfaces.....</b>	<b>114</b>
<b>7- DEVOLUTIVA.....</b>	<b>123</b>
<b>8- CONCLUSÃO / APONTAMENTOS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>127</b>
<b>9- A EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>135</b>
<b>10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>141</b>
<b>11- ANEXOS.....</b>	<b>153</b>



# 1- INTRODUÇÃO



O ponto de partida escolhido para o presente estudo, Atenção Primária à Saúde (AP), carrega em sua nomenclatura um conjunto de valores que serão discutidos no decorrer do projeto. O porquê de tal escolha, à revelia do termo Atenção Básica (AB), por exemplo, pode inflamar diversas discussões sobre aspectos inerentes à organização do sistema de saúde. Afastando a possibilidade de uma discussão de cunho epistemológico, será clarificada tal escolha.

Em artigo em que analisa a literatura referente à utilização do termo Atenção Primária à saúde, Gil (2006) discute a idéia de uma medicina simplificada, de pobre para pobre, ou mesmo uma política reducionista da saúde. No presente trabalho, será utilizado o termo *Atenção Primária à Saúde*, como sinônimo de Atenção Básica, situando-a

*enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas, sua instância operacional com nível próprio de atendimento. (Gil, 2006, p. 1177)*

Dentro desse primeiro nível de atenção, situa-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), figura que para alguns autores não possui

*[...] um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. (Silva e Dalmaso, 2002, p.79)*

Partindo das duas amplas referências acima construídas, o estudo percorrerá a construção da AP e sua ligação com a política nacional de saúde mental, para então adentrar na realidade do ACS. Compreendendo seu surgimento e sua atuação para então aportar no Município de Campinas, propomo-nos avaliar a interface dos ACS com o Cuidado em saúde mental,

apontando divergências, incongruências, potências e virtudes, para então ampliar o escopo de discussão e pensar as ações de saúde mental na Atenção Primária.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que entende que

*avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo. Tecnicamente, esse processo é realizado com procedimentos sistemáticos. (Minayo, 2005, p. 23)*

na qual empregaremos a triangulação de métodos, que se utiliza de diversas fontes para coleta e análise dos dados, conforme elucidaremos em capítulo posterior.

A análise dos dados será feita com base na abordagem qualitativa, que

*se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos”. (Minayo, 2008, p.17)*

e com foco na hermenêutica, que nos aponta

*que não inventamos, exatamente, nada, mas efetivamente criamos muito. Por reconstrução, por desdobramento, por ampliação, por transposição, por analogia, por contrastes, por análises, por sínteses. (Ayres, 2008, p.60)*

É com esse espírito que nos propomos a avaliar, inferir, questionar, checar, uma dada realidade. Para que possamos contribuir para a efetivação de princípios ético-políticos nos quais cremos, e que se explicitarão nos parágrafos constituídos a seguir, sem a falsa retórica que os deixam velados.



## **2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



A Atenção Primária à saúde tem na sua construção conceitual momentos marcantes que determinaram modelos de atenção à saúde em todo mundo, os quais se aproximam em muitos aspectos, por reconhecerem a importância em priorizar a atenção territorializada, pensando a saúde além da ausência de doenças e com diversos determinantes: sociais, psíquicos, afetivos, etc.. Tais modelos diferem entre si quanto a forma de organização, financiamento, equipe, tipos de unidades, entre outros aspectos (Conill, 2008).

Alguns marcos históricos ressaltam a luta pela edificação de um projeto para saúde pública e assinalam a importância da Atenção Primária como fundamental na organização de sistemas de saúde em diversos países como Brasil.

O relatório Dawson (Starfield, 2002; Conill, 2008), elaborado no Reino Unido na década de 20, serviu como documento norteador da organização de sistemas de saúde em diversos países que, a partir de então, fomentaram a implementação de uma Atenção Primária identificável e funcional; dentre eles o Brasil, com suas particularidades quanto à forma de organização do sistema.

A Assembléia Mundial de Saúde, em reunião em maio de 1979, apresenta o *slogan* “saúde para todos no ano 2000”, definindo a Atenção Primária como essencial, calcada na tecnologia e em práticas cientificamente comprovadas e aceitáveis na perspectiva social, sendo de acesso universal dentro da comunidade, com um custo que possa ser arcado pelo país. A Atenção Primária considerada parte integrante do sistema de saúde, tem como função focar o desenvolvimento social e econômico das comunidades. Sendo o primeiro contato da população com o sistema, tem como objetivo levar a saúde o mais próximo possível dos indivíduos, orientando suas ações pelo princípio de uma atenção contínua à saúde (OMS, 1979).

No Brasil, a partir década de 70, iniciam-se alguns movimentos de democratização da saúde, propondo diversos modelos de organização do setor que aproximavam os serviços de saúde de regiões até então abandonadas pelo

poder público. Algumas dessas experiências implementaram Unidades de Saúde Comunitárias (Campinas, Londrina, Niterói, por exemplo, (Conill, 2008)) num movimento contra-hegemônico de luta contra a repressão e a Ditadura Militar que vigorava no país desde 1964.

Para Paim (2008), esse *“longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde”* transforma-se em um projeto nacional em 1986, ou seja, num *“conjunto de políticas articuladas”* (p.173) na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Para o autor, a 8ª CNS marca um *processo*, um *“conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas”* (p.172) conhecido como Reforma Sanitária (RS), que tem em seu relatório final apontamentos importantes para constituição do Sistema Único de Saúde: **a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento as saúde como direitos de todos e dever do Estado; c) criação de um Sistema Único de Saúde; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social”** (Paim, 2007 p. 113).

A partir desses e de tantos outros esforços, em 1988, foi aprovada a Constituição Federal que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado dois anos mais tarde pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8.142/90). Esses textos legais dispõem sobre a reorganização do sistema de saúde brasileiro, definindo como suas diretrizes: o acesso universal da população aos serviços e a equidade, em um sistema hierarquizado e regionalizado de atenção integral e de qualidade, com controle social atuante.

Visando à atenção integral à saúde, as práticas deveriam focar os diversos determinantes do processo saúde-doença, além da enfermidade individual, tais como o universo social e físico em que os indivíduos trabalham e vivem (Starfield, 2002). Na mesma linha, o Ministério da Saúde aponta que a AP deve considerar:

*[..] o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006, p.10)*

A AP se institui como porta de entrada e componente estruturante do sistema hierarquizado proposto pelo SUS, sendo a base que determina o trabalho dos outros níveis de atenção, por conhecer as necessidades locais de saúde e aproximar-se e abordar as questões mais comuns da comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação, com vistas a potencializar a saúde e o bem-estar da população. Em outras palavras, é o nível de atenção à saúde que

*[...] organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (Starfield, 2002, p.28)*

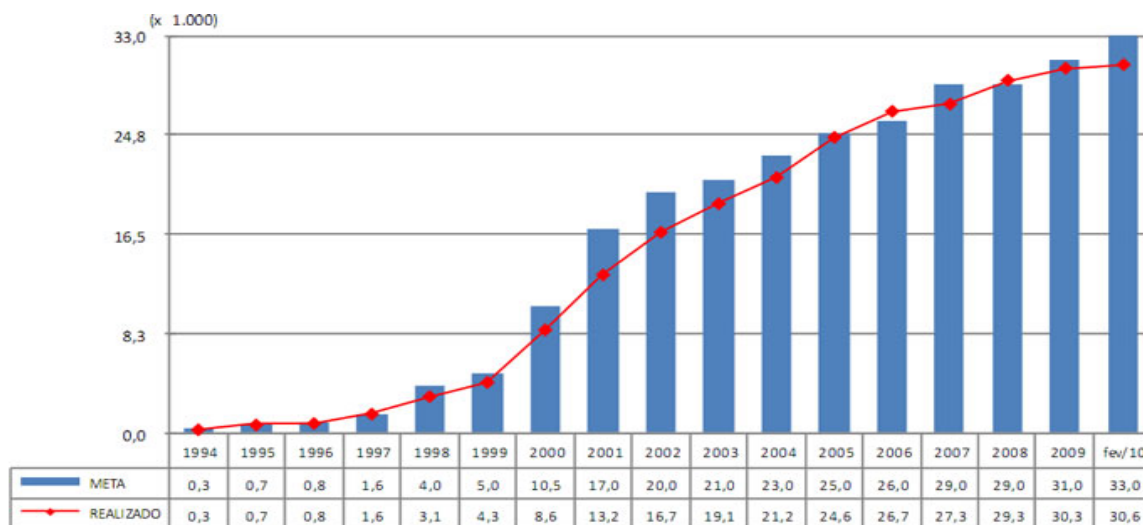
O Ministério da Saúde (MS) aposta na organização da Atenção Primária brasileira a partir da Estratégia de Saúde da Família, cujos fundamentos são:

*I- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;*

- II- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;*
- III- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;*
- IV- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;*
- V- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e*
- VI- Estimular a participação popular e o controle social.*  
(BRASIL, 2006, p.11)

Vários estudos sobre a ESF mostram que “o programa tende a favorecer um trabalho territorializado, com participação em atividades na comunidade e bons resultados na cobertura de ações programáticas” (Luzio e L’Abbate, 2006), além de vir apresentando significativos avanços em relação à cobertura populacional.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), em números absolutos, 95,1 milhões de pessoas são beneficiadas por essa estratégia através de 29.896 Equipes de Saúde da Família em 5.241 municípios brasileiros. No entanto, conforme gráfico de implementação dessas equipes desde 1994, nem sempre se tem atingido a meta anualmente pretendida:



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

**Gráfico 1-** Número de Equipes de Saúde da Família implementadas e a meta pretendida de 1994 a 2010

A composição das equipes se altera conforme a necessidade local, tendo como base o médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. A incorporação de profissionais, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, odontólogos, assistente social, etc. se dá pela necessidade territorial, conforme discutiremos em capítulo posterior.

## 2.1- A atenção primária e a política de saúde mental nacional

Segundo números da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), 20% da população mundial carecem de assistência à saúde mental; 3% sofrem de transtornos mentais severos e persistentes; 8% apresentam transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e outros 9% transtornos considerados menos graves.

Em números absolutos, isso significa 450 milhões de pessoas sofrendo com transtornos mentais no mundo todo. Mas a intensidade dos números não parece sensibilizar os gestores; na maioria dos países, os gastos destinados à

saúde mental representam menos de 1% do montante total destinado ao setor saúde. Ainda, 40% dos países carecem de políticas voltadas à atenção à saúde mental e 30% sequer possuem programas. Esse quadro de não parece alterar-se, mesmo diante de dados que mostram que, economicamente, os gastos indiretos com a desassistência e conseqüente incapacitação dos indivíduos com transtornos mentais superem o custo de possíveis ações diretas. Não parece alterar-se também mesmo face às recomendações dadas pela OMS para que sejam implementadas políticas públicas de Saúde Mental enfatizando a atuação com foco comunitário e/ou na Atenção Primária (OMS, 2001).

Implementar essa diretriz da OMS exige a retomada e a compreensão da diversidade de movimentos situados a partir do pós Segunda Guerra em âmbito mundial. O que até então era considerado a forma mais eficaz de tratamento começa a ser colocado em xeque em países como França, Inglaterra, Itália, EUA, e influenciam posteriormente o Brasil.

Historicamente, podemos distinguir quatro grandes períodos que antecederam o movimento referido:

- 1)** A loucura entre os homens: a loucura é, sobretudo acontecimento oracular, anúncio cósmico veiculado ritualisticamente através do corpo do homem (concepções da afecção mental na Antiguidade).
- 2)** A segregação da loucura: loucura ocupa o lugar que tivera a lepra, então uma epidemia menor, e é posta na fronteira da cidade por representar a sombra da morte ameaçando a existência humana. Os fora do bando, os abandonados (concepções da afecção mental na Idade Média, principalmente na Baixa Idade Média).
- 3)** O grande confinamento: a loucura é posta dentro do recém criado Hospital, junto com os diversos tipos de sujeitos desviantes (concepções da afecção mental a partir do Renascimento).



- 4) O nascimento da clínica asilar: progressivamente se estabelece um saber classificatório que se estabiliza em uma nosografia psiquiátrica e um tratamento correspondente a esse saber; em sua primeira formulação, esse tratamento ficou conhecido como tratamento moral (concepções da afecção mental a partir do final do século XVIII). (Porto, 2007; Foucault, 1978 )

A partir do nascimento da clínica asilar, os grandes hospitais psiquiátricos ganham força e carregam consigo uma lógica de aprisionamento daquilo que não era socialmente aceito, criando um modelo de violência e exclusão. Práticas eugenistas utilizavam-se do saber técnico-psiquiátrico para manter afastado da sociedade (internados) aqueles que não se encaixavam no padrão social, baseando-se na idéia de uma hereditariedade da doença mental e combatendo: sífilíticos, alcoolistas, “tarados”, negros e asiáticos (considerados patológicos por si próprios) (Vasconcelos, 2009). Essa lógica segregacionista foi instituída, no Brasil, pelas ações da Liga Brasileira de Higiene Mental, num movimento “higienista” de origem norte-americana (Vasconcelos, 2009) que seguia os preceitos citados.

Após o fim da 2ª guerra, vem à tona toda a barbárie vivida pelos Judeus durante o Holocausto. A imagem do manicômio se identifica aos campos de concentração nazistas e diversos movimentos contrários à prática asilar começam a surgir na Europa Ocidental e América: Psiquiatria de Setor e Psicoterapia institucional francesa, a antipsiquiatria e comunidades terapêuticas inglesas, a psiquiatria preventiva norte-americana e a psiquiatria democrática italiana, que influi mais diretamente em nosso modelo vigente (Amarante, 1995). No Brasil, o contexto político emperrou maiores mudanças, dado o golpe militar de 1964, que manteve a lógica hospitalocêntrica e privatista, enriquecendo donos de hospitais psiquiátricos, no que ficou conhecido como corrida ao ouro.

A partir da década de 70, diversas experiências no campo da saúde mental eclodem no Brasil. Movimentos sociais organizados, sindicatos, profissionais ligados a práticas de saúde, teóricos e intelectuais apontam novos rumos para a atenção à saúde mental, denunciando práticas totalitárias, violentas

e segregadoras centradas nos hospitais psiquiátricos. Além disso, inicia-se em meados da década de 80 a criação de equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico e o fechamento de muitos deles, ações que marcam o movimento conhecido por Reforma Psiquiátrica (RP) (Amarante, 1995), tendo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sido aberto em 1987 na cidade de São Paulo.

Todo esse esforço culminou muitos anos depois na promulgação da Lei 10.216/01, que propõe o modelo dos equipamentos substitutivos para os portadores de transtornos mentais com tratamento “preferencialmente” em equipamentos comunitários, visando à reinserção social do paciente a partir de seu “meio” e limitando a internação em serviços asilares. Ela também prioriza a internação em Hospitais Gerais e vem recebendo críticas de alas conservadoras, ao mesmo tempo em que é legitimada em diversos estudos (Onocko Campos, 2008; Silva, 2004; Surjus, 2007; Ferrer, 2007).

Contudo, ainda não se têm uma política clara de saúde mental para a Atenção Primária (Amarante, 2007; Lancetti, 2006; Onocko Campos, 2009) cujo foco não seja apenas a assistência a “portadores de transtornos mentais”, conforme discutiremos.

Atualmente, as Conferências de Saúde Mental vêm apontando a necessidade de um investimento e organização mais significativa para a saúde mental na AP. Enquanto nas duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM; 1987 e 1992) não houve qualquer apontamento nesse norte, a Terceira, ocorrida em 2001, tem em seu documento final um dos pontos de resolução que ressalta as recomendações da Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) quanto à resolutividade e responsabilidade da Atenção Primária por 80% das necessidades de saúde da população. Assim, clamando o princípio de Integralidade propõe:

*[...] incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também, incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família. Faz-se necessário ainda que a reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade. (Brasil, 2001)*

Em documento mais recente, a declaração de São José dos Campos, fruto do 11º Congresso Paulista de Saúde Pública (2009), considera, entre 10 diferentes pontos, “*A necessidade de a Atenção Básica incluir a Saúde Mental como parte integrante de suas ações*”, mas não aponta nenhuma resposta quanto a tal questão.

Essas declarações demonstram que o papel da saúde mental na Atenção Primária ainda desperta diversas controvérsias e discussões, em relação à nova forma de organizar a saúde mental. Atualmente os CAPS assumem papel de articuladores do cuidado e protagonistas nas ações de saúde mental num dado território.

Em documento lançado este ano intitulado *Saúde Mental em Dados - Ano 6* (BRASIL, 2009), a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde apresenta uma grande preocupação em demonstrar os avanços quanto à diminuição de leitos de internação, aumento de cobertura de CAPS, expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros pontos, no cuidado aos casos egressos de internação ou com quadros severos e persistentes.

Anteriormente, em 2003, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Saúde Mental e da Coordenação de Gestão da Atenção Básica, publicou o documento “*Saúde mental e atenção básica: diálogos necessários*”, que buscou contemplar algumas ações prioritárias e indicadores para avaliação na atenção à saúde mental na Atenção Primária.

Ele aponta a necessidade de articulação de uma rede de atenção à saúde mental que aposta no Apoio Matricial (AM) como arranjo prioritário nas equipes de saúde da família, apontando que ele seja realizado pelo CAPS ou por equipe volante responsável por 6 a 9 equipes de saúde da família. Mesmo se tratando de um referencial não tão recente, é importante ressaltar o foco em algumas ações sugeridas que até então não se tornaram indicadores de avaliação da atenção à saúde mental na Atenção Primária e que serão retomadas posteriormente.

Fonseca (2006), em estudo realizado junto aos ACS de Pedreira-SP, aponta uma postura acolhedora e uma forma de cuidado para casos de sofrimento psíquico que se aproxima da “terapia comunitária”. Tal técnica, desde 2008, integra a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e vem sendo utilizada em larga escala com capacitações diversas com pessoas da comunidade e profissionais das UBS (Rosa et al. 2007; Guimarães e Ferreira Filha, 2006).

O que é importante ressaltar nesta breve análise é a falta de diretrizes claras para a organização da atenção à saúde mental na Atenção Primária, conforme apontado anteriormente. Não se pretende neste instante, discutir aspectos metodológicos e práticos de tal técnica, mas sim questionar até que ponto as ofertas terapêuticas voltadas ao sofrimento psíquico na Atenção Primária, por se restringirem tão somente a algumas práticas circunscritas, não estariam contribuindo para o retomada de uma Saúde Mental simplificada, de pobre para pobre.

Como forma de superar essa lógica simplificada e promover atenção à saúde mental na AP, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial 154, de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e garante ao menos um profissional do núcleo de saúde mental para executar Apoio Matricial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentando as seguintes diretrizes:

**1) Responsabilidade compartilhada;**

**2) Construção de uma agenda integrada:**

**a) Atendimento conjunto;**

**b) Discussão de casos - supervisão;**

**c) Criação de estratégias comuns para abordar as questões de violência, abuso de álcool e outras drogas, entre outras;**

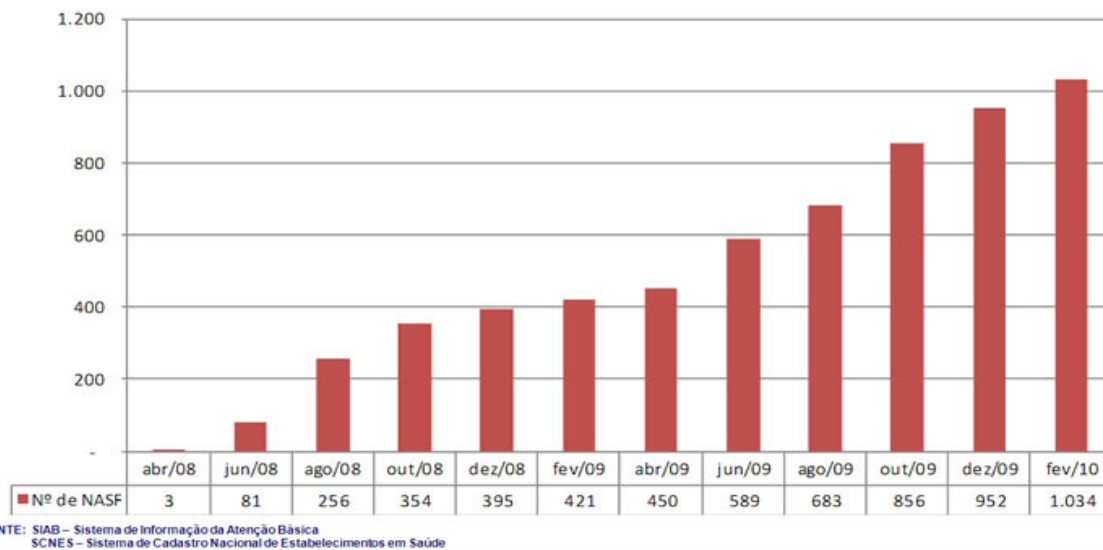
**d) Elaboração de um projeto terapêutico singularizado.**

**3) Formação continuada;**

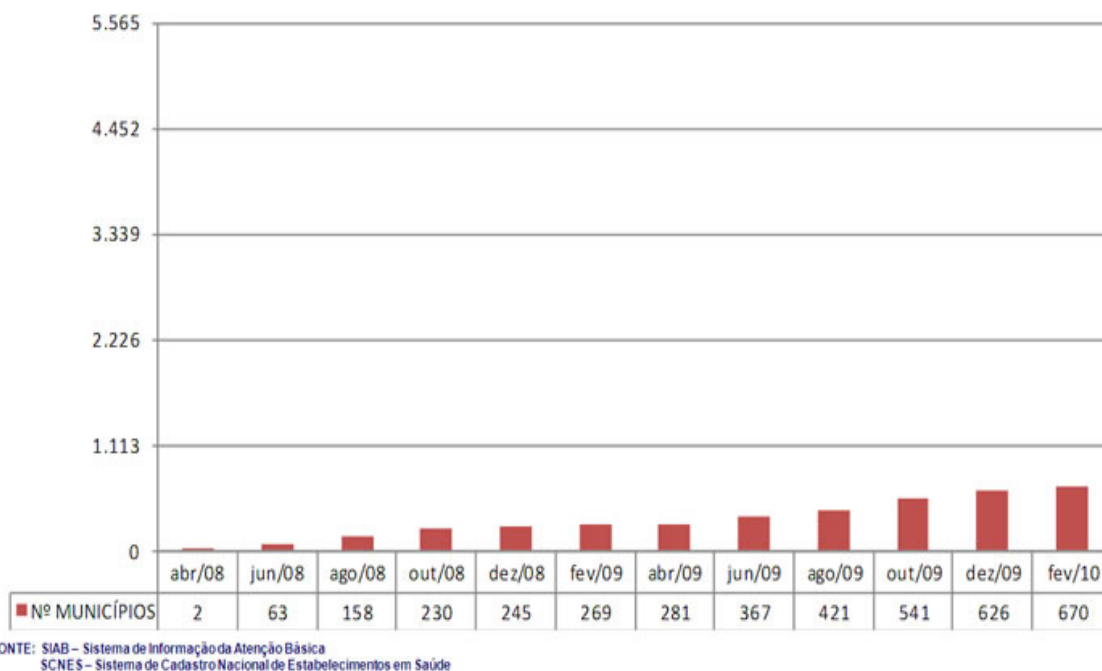
**4) Fomento das ações intersetoriais". (BRASIL, 2009).**

Tais ações, segundo dados do próprio Ministério, podem ser executadas pelos próprios CAPS ou ambulatórios de saúde mental dos municípios.

Atualmente, temos em todo território Nacional 1.034 equipes de NASF, distribuídas em 670 municípios em todo território Nacional, conforme os gráficos 2 e 3:



**Gráfico 2-** Número de NASF implementados no Brasil de Abril/08 à Fev/10



**Gráfico 3-** Número de Municípios com NASF implementados

O Apoio Matricial (AM) é um arranjo técnico especializado que altera a lógica verticalizada dos encaminhamentos. Visa a garantir a co-responsabilização dos casos, redesenhando a lógica dos encaminhamentos a serviços de especialidade e possibilitando o aumento das ofertas e possibilidades terapêuticas das equipes de saúde da família, a partir da pactuação de algumas ações interdisciplinares com a presença de um especialista.

As ações podem ser organizadas de diferentes maneiras observando a singularidade das equipes e território, porém é importante destacar, no âmbito da saúde mental, quatro importantes ações:

- 1- Atendimento conjunto: visa a qualificar alguns profissionais para intervenção e resolutividade de alguns casos, partindo de um aporte pedagógico em que se ensina/aprende operando concretamente;
- 2- Discussões ampliadas de Projeto Terapêutico Singular (PTS): o matriciador participa das reuniões de equipe de referência, apoiando a intervenção conjunta de um determinado indivíduo com propostas terapêuticas ampliadas, ou seja, propostas que busquem potencialidades não apenas na clínica individual e sim nas particularidades do território em que estão atuando, sendo imprescindível o conhecimento das organizações e formas de relações situadas naquela localidade;
- 3- Saúde coletiva: o apoiador deve incitar a discussão de aspectos relacionados à população adscrita da equipe, apontando os grupos de risco prioritários, a cobertura das ações, as possíveis potências no território a partir de indicadores e instrumentos avaliativos construídos coletivamente;
- 4- Atendimento individual: quando identificado um caso em que o núcleo de saber específico do apoiador (psiquiatria, psicologia, terapeuta ocupacional...) tiver contribuição no PTS desenhado pela equipe, o apoiador deve assumir sua responsabilidade, sem que disso suceda uma prática isolada, compartimentalizada. Nesse apoio, devem ser claras as diferenças entre os

saberes, sem a falsa pretensão de borrar as fronteiras do conhecimento técnico.

O AM propõe um modo de promover a atenção à Saúde Mental na AP, porém a discussão acerca deste e de outros arranjos se mostra, ainda, enfraquecida, por se tratar de uma proposta pouco implementada e experimentada. As equipes ainda têm dificuldades em assimilar essa nova forma de organizar a atenção. (Figueiredo, 2006)

Em estudo realizado em 2008, Amorim aponta a dificuldade da inter-relação entre Atenção Primária e CAPS, e refere uma desarticulação entre o especialista em saúde mental e o restante da equipe da AP. A autora enfatiza a ausência de uma rede articulada entre os ditos especialistas em saúde mental e os profissionais das UBS no processo de construção de projetos terapêuticos singulares visando prevenção, assistência e promoção de saúde.

Apesar dos ganhos almejados e alcançados, podemos ainda observar uma falha na concepção de uma rede que ofereça acesso universal e cuidado à saúde integral. Por mais que notemos alguns avanços atuais na possibilidade de incorporar ações voltadas para a atenção à saúde mental na AP, o que se observa é a existência de uma fronteira, em que o sofrimento que não se enquadra nos “transtornos mentais” severos não encontra continente dentro da estruturação do modelo de atenção vigente. Vivemos os ganhos de uma política do *delire ou padeça*.

## **2.2- Saúde mental na atenção primária: entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica**

O que apontamos nos parágrafos anteriores é a existência de um descompasso entre os dois movimentos sociais que buscam reformar a organização do sistema de saúde, mas divergem em alguns aspectos, a RS e a RP.



Amarante (1995) pensa o movimento de Reforma Psiquiátrica através de movimentos sociais de luta pela desinstitucionalização da loucura em algumas cidades brasileiras em meados dos anos 80, e que a partir de então “*se distancia do movimento pela reforma sanitária*” (p. 94). Para tanto, ele levanta algumas hipóteses: **a)** o caráter normativo da tradição sanitarista, que parte de dados epidemiológicos e de distante relação com a singularidade do indivíduo e **b)** a organização do sistema de saúde que faria com que o cuidado ficasse por conta de “*burocratas da saúde*” ou “*funcionários do consenso*”. Ainda, coloca o caráter positivista e a concepção estrutural no ato de reformar, ou seja, o fato de se pensar sempre em alterações na Política Nacional como possibilidade de instituir o novo, e não num movimento de ruptura, como foi a RP.

Sobre a atuação da RS no bojo da saúde mental, Tenório (2002) afirma que o movimento concentrou suas proposições:

*na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico. (p.32)*

Tenório destaca ainda que as iniciativas da Reforma Sanitária “*foram basicamente duas: racionalização, humanização e moralização do asilo; criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação*” (p.33), o que, na concepção do autor, não alterou a qualidade do modelo de atenção à saúde mental.

Para esse autor, o movimento de RP concentrou seus esforços na qualificação do modelo de atenção à saúde mental e apostou na “*ampliação dos atores sociais envolvidos no processo*” e na necessidade de uma “*reformulação*”

*legislativa*”, destacando a importância do “*surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental*” (p. 34). Tenório mostra ainda que a 1ª Conferência de Saúde Mental representou uma significativa mudança no debate sobre o modelo de atenção, uma vez que contribuiu para explicitar as limitações da RS, cujos esforços teriam se revelados passivos diante da “*iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico*” (p.34). Segundo o autor, a 1ª Conferência se tornou um marco do “*fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura*” (p.35).

Onocko Campos e Furtado (2004) também avaliam sensíveis diferenças entre os dois movimentos, mas contribuem para esse debate com a análise dos pontos de aproximação entre esses movimentos, como a aliança com a base trabalhadora, a forte ligação com a luta social para além da saúde, o apoio da classe intelectual, além da inevitável ligação com o Sistema Único de Saúde brasileiro e da forte reaproximação de ambos nas transformações legais nas diversas esferas de governo e na convergência e luta que culminou na Lei 10.216 e suas portarias.

A crítica no artigo citado cabe à formação dos profissionais à luz do novo paradigma de cuidado à saúde mental. Nesse artigo, os autores referem uma preocupação com uma postura que responda efetivamente à mudança ético-política que o cuidado em saúde mental assumiu após a institucionalização da reforma psiquiátrica. Criticam ainda o modo possível de operar com a lógica vertical, que transforma o cuidado em simples reflexo das políticas de governo, que são dadas por “*diretrizes, portarias, resoluções, programas e outros expedientes*” (p.117).

A saúde mental na AP se mostra entre os movimentos de RS e RP: primeiramente, por se localizar no equipamento que é a aposta da base de organização do sistema acreditado pela tradição e luta da RS e as políticas

publicas implementadas a partir dele. Posteriormente, por lidar e ter que responder às demandas que estão diretamente ligadas à preocupação do movimento de RP, tais como pacientes egressos de internação psiquiátrica, casos de transtornos mentais severos, crônicos, etc. entendendo-se como importante ponto de atenção na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico na construção de uma rede de atenção sólida articulada com os CAPS.

### **2.3- Atenção primária à saúde mental**

O modo de relação descrito nos parágrafos anteriores aponta uma desarticulação que faz com que a construção conceitual da atenção à saúde mental priorize os casos severos e persistentes, enquanto cada vez mais estudos nos apontam para a necessidade de uma rede qualificada para diversos casos outros, conforme mostraremos nos parágrafos seguintes.

É inegável a necessidade da ampliação do acesso à atenção à saúde mental, de um olhar qualificado e de uma atenção integral aos casos, e devemos pensar e utilizar termos que balizem a prática e sirvam para a construção de uma rede sólida. Para isso, precisamos entender qual a demanda existente para planejar e avaliar as ações na AP.

A ausência de indicadores, mostrado anteriormente, faz com que muitas ações na Atenção Primária não tenham foco bem definido e acarretem em ações iatrogênicas, ou mesmo uma patologização do social, ou seja, as diretrizes utilizadas para balizar a atenção no nível primário de saúde tendem a se localizar a partir da nosografia psiquiátrica, podendo reduzir o indivíduo apenas à descrição sintomática de seu sofrimento.

Em alguns estudos, diversos autores vêm trabalhando com o conceito de transtornos mentais comuns (TMC). Santos (2002a) caracteriza o TMC como sintomas que não preenchem critérios diagnósticos, tais como CID X, DSM IV, mas trazem incapacitação funcional ou mesmo cronificação. Segundo Ludemir e

Filho (2002), a expressão foi criada por Goldberg e Huxley em 1992, para descrever quadros clínicos que

[...] caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Nos estudos de base populacional realizados em países industrializados, sua prevalência varia de 7% a 30%. (p.214)

Em estudo realizado em Petrópolis/RJ com 714 usuários do Programa de Saúde da Família, dos quais 94% haviam passado pelo médico no período das entrevistas, encontrou, numa população de 74,1% mulheres, na maioria católicas, baixo nível educacional, vivendo com renda per capita de até 1 salário mínimo, uma prevalência de 56% de Transtornos Mentais Comuns, sendo a Ansiedade, a Depressão e o Estresse Pós Traumático os transtornos mais encontrados, muitas vezes associados a somatizações. Na conclusão do artigo, o autor refere a necessidade da inclusão das equipes de Saúde da Família na rede assistencial de Saúde Mental, afirmando que as equipes devem

*receber capacitação específica para este tipo de trabalho, incluindo treinamento sobre como diagnosticar e tratar pacientes com ansiedade, transtornos depressivos e somatoformes.* (Fortes et al., 2008, p. 36)

A utilização dessa classificação poderia, *a priori*, corroborar uma cobrança maior aos poderes públicos quanto à ampliação da política de saúde mental, conforme notamos no estudo acima. Porém, corre-se o risco de recriar a patologização da vida, o que geraria ações ineficientes, sem foco bem definido e,

principalmente, ações iatrogênicas, como a supermedicalização (Rodrigues et al., 2006). Nesse sentido, pensar a organização da atenção à saúde mental com base na patologização que nos é proposta pela lógica do TMC carrega aspectos éticos que devem ser considerados, como Onocko Campos e Gama (2008) nos apontam:

*Na medida em que vão se criando categorias mais abrangentes tais como Transtorno Mental Comum, Morbidade Psiquiátrica Menor ou Sofrimento Mental Difuso, corre-se o risco de patologizar todos os estados afetivos, o que não ajuda a organização da atenção ao problema mental (...) Esta prática também merece uma reflexão aprofundada, pois corre-se o risco de produzir estigmatização na população.*

O que podemos pensar é: Para quem e para quê servem essas nomenclaturas? A quem interessa dizer que tais e quais sintomas são importantes? A quem serve esse recorte que atribui a 30% ou mais da população (Maragno et al., 2006) o rótulo de “portadores de sintomas” e, quiçá, necessitados de atenção? Qual seria a ação proposta para tais quadros?

Discordamos desse recorte, por situar um problema ético em que se reduz a condição humana a um simples objeto sintomático, com a consequente redução da subjetividade à patologia mental. Podemos pensar que os que tentam ordenar o TMC na lógica médico-cientificista, estão, por outro lado, (talvez sem desejar) enfatizando a constatação do sofrimento mental do sujeito cotidiano. Porém, de nossa perspectiva, isso só corrobora a importância de um olhar qualificado na atenção integral à saúde, já que o conceito de TMC exclui a dimensão subjetiva do sofrimento apresentado, mesmo quando físico. Assim como nos diz Santos (2009b).

muitos pacientes com transtornos mentais comuns são medicalizados enquanto pacientes com transtornos mentais graves, não são diagnosticados e não recebem o tratamento adequado. Logo, a pobreza e as necessidades sociais que afligem o território, transmitem para a equipe uma demanda assistencial que, por sua vez, por não ter tempo para adquirir um discernimento real dessas questões, respondem a elas com a única maneira que aprenderam: com o filtro teórico da saúde. Assim, apesar de identificarem questões dessa natureza como problemática central, responde a elas com a medicalização. (p. 87)

Então, qual seria a demanda em saúde mental presente na realidade da Atenção Primária que poderia colaborar para uma efetiva construção de um nível de atenção resolutivo, que agregasse o cuidado em saúde mental à atuação de diferentes profissionais?

Em revisão bibliográfica referente ao tema “Saúde Mental e Atenção Primária/Básica”, alguns estudos pertinentes podem nos ajudar a nortear a discussão sobre o papel da saúde mental na AP e legitimar práticas já existentes.

Um estudo comparativo sobre a alta incidência de casos de violência física, sexual e psicológica contra mulheres, de Schraiber et al. realizado em 2006 em dois centros, constatou a prevalência de até 46% de mulheres que foram vitimadas por alguma violência na cidade de São Paulo; esse percentual é mais elevado na Zona da Mata, em Pernambuco, chegando a 54%. O estudo aponta uma importante interface na prevenção da violência, que incluiria as UBS, já que

*(...) em geral, são os casos mais graves que procuram ajuda nos serviços especializados. Já a captação de casos agudos ou de caráter mais eventual em unidades básicas de saúde e escolas, por exemplo, é muito pequena, e talvez pudesse ser uma alternativa importante para sua prevenção ou a redução das formas mais graves. (p. 805)*

Outro estudo sobre a mesma temática, mas com o recorte em mulheres grávidas, realizado por Kronbauer e Meneghel em 2005, aponta uma incidência de 55% de algum episódio de violência psicológica durante a gravidez, e destaca que

*um dos achados importantes deste estudo foi a evidência de prevalências elevadas de violência contra a mulher entre as usuárias da UBS, enfatizando-se que estas situações não eram conhecidas pelos profissionais de saúde que atendem a essas mulheres (...). (p. 699)*

Concluem os autores que

*mulheres em situação de violência de gênero procuram mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê a elas condições de acolhimento e de escuta. Portanto, recomenda-se que os serviços de Atenção Primária em saúde criem espaços para ouvir, entender e enfrentar a violência de gênero. (p. 700)*

Em estudo realizado no Sul do país em 2009, Martins e Mello Jorge encontraram grupos de risco referente à violência contra criança e adolescente:

*calculando-se os coeficientes de incidência da violência por força corporal para cada idade e sexo das vítimas, o maior risco foi observado na idade de seis anos para ambos os sexos (11,3 por 1.000 para os meninos e 13,2 por 1.000 para as meninas). O coeficiente geral aponta para maior risco na faixa etária de seis anos de idade. (12,2 por 1.000) (p. 328)*

Dados desse estudo identificaram o pai como maior agressor. As agressões, em muitas ocasiões, estavam ligadas ao alcoolismo. E as mães ou vizinhos atuavam como denunciantes somente quando a agressão atingia altos níveis de violência. Os autores ainda destacam que

*é preciso refletir e trabalhar as relações familiares com programas que tenham a família como alvo de intervenção, estreitando as relações entre serviço de saúde e comunidade, facilitando a identificação de famílias onde haja risco de violência e possibilitando uma prática interdisciplinar. (p.11)*

Em avaliação acerca da dispensação de psicotrópicos na região em que este mesmo estudo se situa, Santos (2009b) notou como única resposta à demanda de saúde mental na AP a medicalização. O cuidado assumido pela equipe centrava-se nas ofertas médicas, correndo-se o risco de iatrogenias, tais como a dependência medicamentosa.

A questão que aqui se coloca é a possibilidade de se criar arranjos internos que qualifiquem outras ofertas de cuidado dentro da Atenção Primária.

Além de casos circunscritos no núcleo da saúde mental, tanto o diabetes, que tem uma prevalência de

*7,6% na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento. (p. 377)*



quanto a hipertensão arterial

*cuja prevalência estimada na população brasileira adulta é de cerca de 15 a 20%, sendo que, entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. (p.377)*

são importantes focos de atenção, segundo estudo de Paiva et al. (2006), e deveriam ter a dimensão psíquica abordada como forma de singularizar o cuidado a esses grupos de risco.

O alto índice de gravidez na adolescência (Jeolás e Ferrari, 2003) e suas complicações, tais como sintomas ansiosos/depressivos (Caputo e Bordin, 2007), bem como sua ligação com o abuso de álcool, que compromete a gestação (Pinheiro, et al., 2005), são problemas de saúde pública que deveriam, segundo estudos, ser contemplados de maneira integral na Atenção Primária, em que a singularidade do sujeito e a peculiaridade do território têm que ser levados em conta para planejar, executar e avaliar os programas.

Segundo a OMS, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte de pessoas entre 15 e 19 anos em todo o mundo. No Brasil, mesmo não sendo um país com alta taxa, o suicídio apresenta o maior número absoluto de casos, e em alguns estados se aproxima de países com maiores taxas de incidência (BRASIL, 2010). Apresenta uma diversidade de fatores de risco, tais como transtornos mentais, relações familiares conflituosas, sofrimento psíquico, etc.. A OMS recomenda o desenvolvimento na AP de ações de prevenção ao suicídio, nos seguintes termos:

*A equipe de Atenção Primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local. A equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde. Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de Atenção Primária é freqüentemente o primeiro recurso de atenção à saúde. O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações. Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado. É também a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitam. Em resumo, os profissionais de saúde da Atenção Primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde. (OMS, 2000 p.5)*

Em Campinas foi realizado um estudo com 515 indivíduos com base em inquérito domiciliar feito em 2003. Os resultados apontam que 45% da população consideram o tráfico e o abuso de drogas, o desemprego, a criminalidade e o abuso de álcool como problemas graves na comunidade. Dos que consideram esses aspectos como os maiores problemas na comunidade, impera uma população de nível socioeconômico baixo/médio, diferente no comparativo com os de nível alto (Marín-León et al., 2007).

Tal estudo salienta a realidade das periferias brasileiras, onde a falta de acesso a equipamentos de cultura, esporte, lazer, educação, segurança pública e onde não se promovem os direitos básicos de cidadania se escancara a ausência do Estado. Nessa falta, a única porta entreaberta é a Unidade de Saúde, e o sintoma é seu passaporte de entrada.

A partir de tais elementos, é possível pensar e avaliar de que forma se estruturam as ações de saúde mental na Atenção Primária. Não que só existam esses pontos de atenção a serem pensados, mas tais estudos nos trazem recortes de problemáticas que afligem a população em locais específicos e que podem

colaborar para pensar a prática dos profissionais no campo da saúde mental na Atenção Primária.

As práticas atuais, e os estudos que as sustentam, em que a UBS se apresenta como espaço de intervenção, tem a dimensão interdisciplinar como prioritária para acontecer efetivamente. Os diferentes profissionais alocados nas Unidades, com suas diferentes formas de analisar um dado objeto, têm função importante, quando pensamos em ações integrais que não foquem apenas em sintomas, nem reduzam o indivíduo a sua queixa ou patologia. E nesse modelo de organização de base comunitária, em que os projetos terapêuticos tenham a realidade territorial como potencia terapêutica, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem função protagônica.



## **3- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAUDE**

---



A existência de atores locais participando ativamente da atenção à saúde se dá desde a década de 40, com modos muito peculiares de atuação, mas guardam semelhanças com o papel do ACS. Este profissional, que coloca representantes da comunidade dentro das unidades de saúde, propondo-se aproximar a população de referência de sua unidade com a equipe de saúde, vem se revelando um sujeito síntese do processo cuidador-cuidado num modelo que se constituiu historicamente de modo verticalizado, com a imposição do poder das ditas ciências positivas.

### **3.1- Visitadores sanitários**

Nos anos 40, surgem os “agentes de saúde” ou “visitadores sanitários” que acompanhavam o profissional de saúde junto às visitas e na atenção à família (Furlan, 2008).

Os visitadores desenvolviam atendimento às famílias na unidade e na comunidade, visando à promoção à saúde, e sempre sob orientação dos enfermeiros que os capacitavam durante seis meses e impunham protocolos para organizar a atenção. Suas atribuições abrangiam:

- *O atendimento a gestantes e crianças de baixo risco, na “unidade sanitária”; o primeiro atendimento da gestante era sempre um atendimento de enfermagem, ocasião em que a visitadora que avaliava as condições de desenvolvimento da gravidez, solicitava os exames definidos em protocolo, agendava esses exames, realizava pesquisa de albumina na urina e agendava o retorno com o médico para quando os exames estivessem prontos;*
- *As visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos;*
- *O acompanhamento de nascidos vivos e de óbitos de menores de 1 ano;*
- *O monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes. (Silva, 2001, p.24-25)*

### 3.2- Auxiliar de saúde

Em Campinas, ao final da década de 70, conjuntamente com a criação dos primeiros Centros de Saúde comunitários e do Projeto de Medicina Comunitária, foi feita uma aposta no chamado “auxiliar de saúde”, escolhidos a partir de sua inserção e articulação política junto à comunidade. O objetivo da existência desse profissional era aproximar o serviço da população, capacitando-o para ações de prevenção, promoção, algumas práticas curativas e de assistência e visitas domiciliares (Lavras, 1986). Tal aposta não teve seguimento por questões políticas.

### 3.3- PIASS

O PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, foi uma aposta realizada entre 1976 e 1979 e estendida entre 1980-1985, que visava a ampliação da cobertura à saúde para municípios com menos de 20.000 habitantes. Primeiramente, teve efetividade no Nordeste, antes de se tornar uma proposta em nível nacional. Entre as diretrizes presentes no artigo 2º do Decreto Presidencial que o instituiu em 1976, Silva (2001) destaca a ênfase na “*ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas*” (p.26).

Segundo Tomaz (2002),

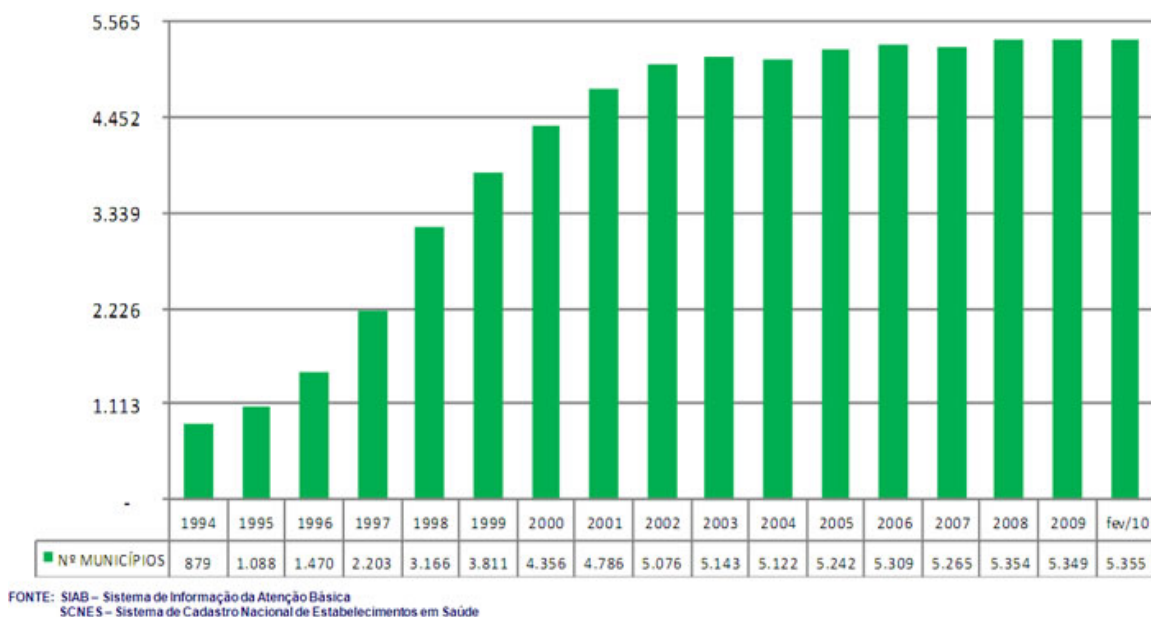
*A primeira experiência de agentes comunitários de saúde, ACS, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. (p.84)*



### 3.4- PACS e PSF

Já em 1991 foi criado o PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que tinha como objetivo contribuir para redução da mortalidade infantil e materna, e era centrado principalmente nas regiões Norte e Nordeste, focando áreas mais vulneráveis (Dal Poz, 2002).

Tais experiências contribuíram para a institucionalização desse profissional e sua regulamentação como efetivo trabalhador, o que se deu nos anos 90. Sua inserção vem crescendo ano a ano, mostrando a importância desse ator na construção da nova estratégia de Atenção Primária à saúde. Hoje 5.355 municípios contam com o ACS:

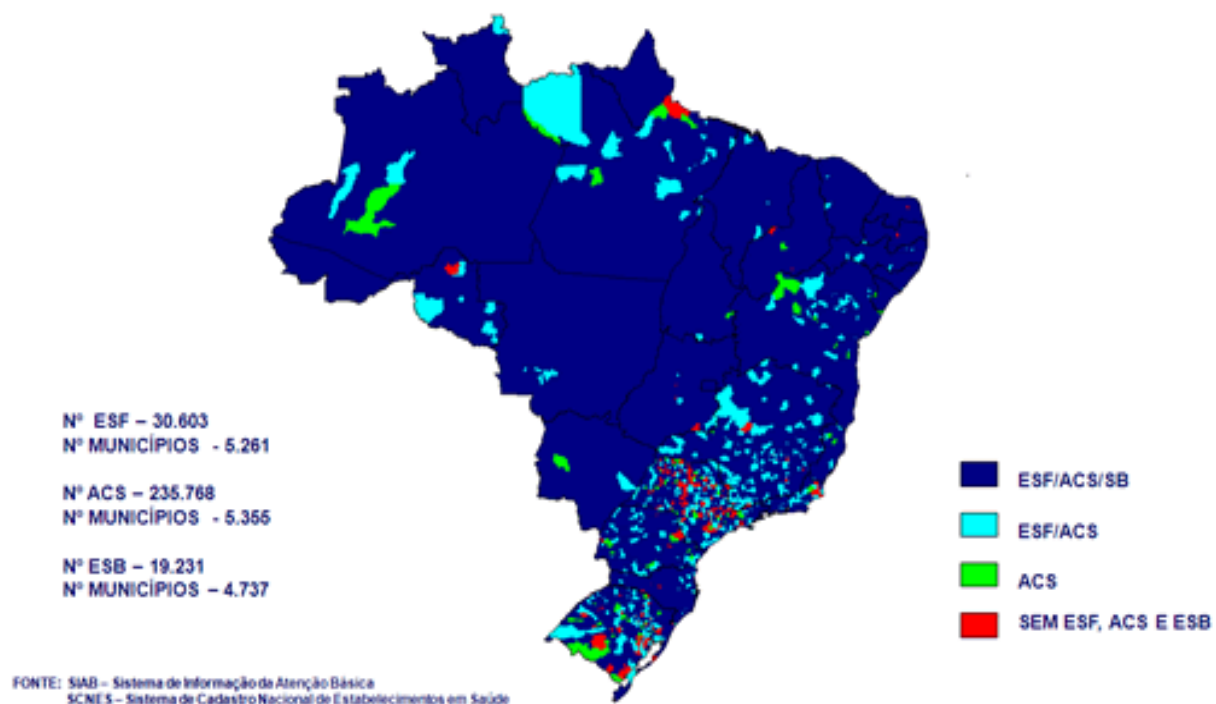


**Gráfico 4-** Evolução de municípios com cobertura por ACS desde 1994

Esse gráfico mostra que houve um grande crescimento de cobertura no período de 1994 a 2002, quando a profissão de Agente Comunitário de Saúde é consolidada, então, pela Lei nº 10.507/2002. Seu exercício caracteriza-se por

*[...] atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (BRASIL, 2002)*

Desde então muitos municípios aderiram ao Programa e sua cobertura territorial se aproxima, hoje, de quase 100% do território nacional, tendo poucos pontos sem, ao menos, a presença do ACS:



**Figura 1-** Situação de implantação de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde Brasil - fevereiro/2010

Posteriormente, em 2006, é promulgada a Lei nº 11.350, que fixa como suas atribuições:

- I- Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação;*
- II- Executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;*
- III- Registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;*
- IV- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida;*
- V- Realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;*
- VI- Participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;*
- VII- Desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde. (BRASIL, 2006)*

Entende-se assim que o trabalho dos

[...] ACS no território permitiria, além da identificação, mapeamento do espaço e da adscrição populacional, transformar e problematizar a realidade aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas, compreender as relações e a dinâmica dos sujeitos na sua complexidade. (Furlan, 2008, p.372)

Esse profissional deve morar na região adscrita pela unidade de saúde há pelo menos dois anos e tornou-se figura essencial na construção de um novo modelo de atenção à saúde. Deve operar como figura síntese, inserindo a população no campo técnico e a unidade de saúde na realidade local, no território.

Santos (2002c) desenvolve o conceito de território a partir da noção de um espaço geográfico remodelado constantemente. Seria um conjunto indissociável de sistemas de objetos e ações, movidos por necessidades humanas, por processos históricos e sucessivas novas divisões de trabalho. O modo específico como cada “lugar” organiza esses fatores é que o diferencia dos demais. A partir do que foi desenvolvido pelo autor, temos a idéia de território-processo: relações dialéticas moldando e configurando os espaços.

Sendo o ACS o ator que faz o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, sua construção de identidade como profissional da saúde se dá na tarefa de responder às mais diversas demandas advindas tanto dos usuários quanto de sua unidade de saúde:

### **USUARIOS → ACS ← UNIDADE DE SAÚDE**

Essa posição gera uma tensão cotidiana que determina, também, um “não lugar”, pois ele circula ora na comunidade, ora na instituição. Assim, o espaço ocupado por esse importante ator é conflitante (Furlan, 2008).

Por um lado, temos a demanda da saúde coletiva em suas mais diferentes ordens, que confere a todos os envolvidos no fazer do sistema tarefas cotidianas que padecem de respostas por parte de gestores, comunidade e pares. Por outro lado, os usuários, muitas vezes parentes, vizinhos, amigos, desafetos cobram acesso, resolutividade, eficácia e respostas que, em parte, eles não estão prontos para dar. O que notamos é um

*movimento bi-direcional dos agentes, aqueles que, de um lado, informam à população "modos de fazer" estabelecidos pelo sistema médico oficial e que, de outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população. (Nunes et al., 2002 p.1640)*

Tal posição ocupada por esse profissional nos faz pensar na importância do seu fazer na construção de um cuidado adequado nos mais diversos pontos de atenção à saúde. O ACS, conforme mostraremos, age como força centrífuga “*que se afasta ou procura afastar-se do centro*” (Ferreira, 2001), atuando ao redor da Unidade, que se coloca como porta de entrada para os diversos problemas de saúde. Ele se apresenta como porta itinerante, que circula visita e se põe à disposição da população como representante legítimo do Estado e de sua unidade de saúde, merecendo olhar qualificado e avaliação sistemática.



## **4- OBJETIVOS**





#### **4.1- Geral**

Avaliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito da Saúde Mental em unidades básicas de regiões periféricas do município de Campinas.

#### **4.2- Específicos**

**4.2.1-** Compreender como os ACS entendem o sofrimento psíquico.

**4.2.2-** Descrever as ações dos ACS referentes à saúde mental na Atenção Primária.

**4.2.3-** Analisar diferenças e formas de inserção do ACS relacionando a organização das equipes.



## **5- MÉTODOS**



Pensar a Atenção Primária e os processos que atravessam o trabalho cotidiano é exercício realizado por gestores, trabalhadores e estudiosos, com vistas a uma melhor eficácia na atenção dos diversos níveis de cuidado que estão postos na organização das unidades de saúde. A partir de tais inquietações, e com o compromisso ético-político de avaliar as políticas com ações propositivas que auxiliem a edificação do Sistema Único de Saúde, o grupo de pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces*, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, entre os anos de 2007 e 2009 realizou o “*Estudo avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção básica à saúde*” em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, financiado pela FAPESP<sup>1</sup>.

O estudo tinha o objetivo de avaliar alguns arranjos e estratégias inovadores implementados na rede básica da cidade de Campinas/SP em busca da melhoria da eficácia do SUS em 3 diferentes níveis: Programas vinculativos de clínica ampliada e Apoio Paidéia; promoção à saúde e articulação de redes de serviços de atenção básica e saúde mental.

## **5.1- Cenário da pesquisa**

Campinas, cidade localizada no interior do Estado de São Paulo, palco do presente estudo, foi uma das pioneiras na adoção e criação dos modelos comunitários e territorializados de atenção à saúde, o que pode ser percebido desde a instalação de seus primeiros centros de saúde comunitários em meados da década de 70, conforme já citado.

Quando surge o Programa Saúde da Família, a rede de Atenção Primária de Campinas já estava implementada no modelo de Centros de Saúde com base territorial bem definida e ampla cobertura, consequência da história

---

<sup>1</sup>PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS - PP - SUS 2006/2007 (convênio FAPESP - CNPq - SUS) Processo N° 06/61411-4

precoce de aposta e investimento da cidade na construção de uma rede pública com serviços territorializados e comunitários. Os Centros de Saúde (CS) contavam com equipe ampliada de profissionais (clínicos gerais, ginecologistas, pediatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, entre outros).

Em função da existência dessa rede já constituída com base na territorialização, o PSF foi implementado em Campinas dentro dos já existentes CS, formando um modelo híbrido, com uma organização singular, que manteve os programas de saúde da criança, da mulher, bucal e mental combinados com os princípios de acolhimento, responsabilização e co-gestão (Almeida, 2008).

Os profissionais das Unidades Básicas foram organizados em Equipes de Referência (Campos, 2003), similares às equipes de PSF na adscrição de clientela e na definição do trabalho a partir das necessidades de seu território de abrangência. Porém, em Campinas, foram constituídas equipes ampliadas, o que, por si só, tornou mais complexa a configuração de sua rede de saúde em relação aos demais municípios e aumentou a expectativa de resolutividade da Atenção Primária.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas divide o município em cinco Distritos Sanitários, que apresentam características singulares no que diz respeito a questões demográficas e sociais. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, estão assim definidos, com suas devidas populações os seguintes distritos: **a)** Norte, com 180.380 habitantes; **b)** Sul, com 276.578 habitantes; **c)** Leste, com 212.060 habitantes; **d)** Sudoeste, com 209.939 habitantes e **e)** Noroeste, com 165.497 habitantes, totalizando uma cobertura a 1.044.454 usuários. O município possui sessenta e um (61) Centros de Saúde (CAMPINAS, 2010) e implementou, conforme dito anteriormente, o Programa de Saúde da Família de maneira peculiar, a partir do referencial teórico Paidéia.

O Paidéia altera o modelo assistencial tradicional nos diversos níveis de atenção do sistema. Parte de uma organização em que as equipes de referência se vinculam a um conjunto definido da população e passam a se responsabilizar por ela, através de um atendimento singularizado e personalizado, criando um sistema de referência entre equipe e usuários (Campos, 2003).

A hipótese é que esse arranjo, baseado no vínculo, aumentaria a responsabilização das equipes, melhorando com isso eficácia e eficiência do trabalho a partir da ampliação da clínica praticada. O conceito de clínica ampliada inclui ainda a saída do paradigma biomédico tradicional, mediante a incorporação, durante o trabalho clínico, de recursos diagnósticos e terapêuticos advindos da saúde mental, da saúde coletiva e da gestão.

Em Campinas, os ACS foram incorporados às equipes dentro dos CS em 2001, conforme já citado; anteriormente, em 1998 foi tentada, sua contratação através do PACS, conforme mostra Nascimento (2006):

*travou-se um longo e difícil debate, o Movimento Popular de Saúde de Campinas e parte dos gestores da SMS opuseram-se à implantação desse programa por defenderem que a expansão de recursos humanos deveria se dar pela contratação de profissionais de saúde qualificados e não pela incorporação de agentes comunitários de saúde (ACS), cuja função prioritária seria o desenvolvimento de educação em saúde. (p.59)*

Na contratação dos ACS em Campinas, o caráter político de liderança comunitária almejada pelas primeiras experiências municipais perde força. Em estudo acerca dos ACS em Campinas realizado em 2002, Nascimento mostra que 44% dos agentes não possuíam qualquer participação em espaços comunitários, tais como associações, sindicatos, etc., enquanto 36% participavam somente de espaços religiosos.

Logo, desde sua incorporação, o modelo campineiro vem sofrendo perdas. Segundo dados do Ministério da Saúde, o número de Equipes de Saúde da Família implementadas da cidade de Campinas está abaixo do número credenciado e o número de ACS vem decrescendo ao longo dos anos, principalmente no ano atual em que, segundo estimativa, aproximadamente  $\frac{3}{4}$  da população está descoberta pela atenção desse profissional, tal como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 1- ACS cadastrados nas equipes de saúde da família em Campinas**

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde			Equipe de Saúde da Família			
			Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados
2001	01	962.996	0	0	0	0	0	0	
2002	01	982.977	436	331	331	190.325	85	96	85
2003	01	982.977	504	506	504	289.800	115	128	115
2004	01	995.024	546	542	542	311.650	130	133	130
2005	01	1.006.918	550	502	502	288.650	140	127	127
2006	01	1.006.918	602	564	564	324.300	151	119	119
2007	01	1.045.706	602	564	564	324.300	151	115	115
2008	01	1.059.420	602	446	446	256.450	151	113	113
2009	01	1.056.644	602	408	408	234.600	151	118	118
2010	01	1.056.644	602	374	374	215.050	151	118	118

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

**MS/SAS/Departamento de Atenção Básica-DAB Unidade Geográfica:**  
Município-CAMPINAS/SP **Competência:** Janeiro de 2001 a Agosto de 2009



## 5.2- Rede de Saúde Mental em Campinas

A Saúde Mental no município de Campinas foi construída desde meados dos anos 70, quando foram criados os primeiros ambulatorios de saúde mental comunitária e em seguida as equipes já foram vinculadas aos primeiros Centros de Saúde (CS) localizados em áreas periféricas da cidade.

A cidade, que no início da década de 70 contava com 5 hospitais psiquiátricos, 1 público e 4 privados, com aproximadamente 800 leitos, tendo como referência o modelo hospitalocêntrico e privatista (Carvalho, 2002), apresentou uma mudança radical em seu modelo de atenção a partir do final da década de 70, mudança estimulada pelo movimento de reforma sanitária que culminou na criação do SUS (Braga Campos, 2000).

Em avaliação acerca da efetividade de equipes de saúde mental na AP no final da década de 80 na cidade Campinas, realizada em 2006, Luzio e L'Abbate, (2006) mostraram que

*a implantação de um projeto assistencial em saúde mental que privilegiasse o centro de saúde como porta de entrada acarretou a ampliação tanto das possibilidades de acesso do usuário, como da capacidade de resolução dos problemas de saúde mental da população. (p. 291)*

A mudança do modelo de atenção na cidade de Campinas se mostrou intensa do ponto de vista quantitativo e qualitativo. Hoje a rede de assistência de saúde mental do município mostra-se bastante ampla e diversificada. Está organizada em vários níveis de atenção e conta com serviços básicos; ambulatoriais especializados; hospitalares; de urgência e emergência; e serviços próprios da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico: 6 CAPS III, sendo um em cada distrito de saúde e dois na região Sudoeste; 2 CAPS AD; 2 CAPS i;

três enfermarias em hospital geral; o atendimento psiquiátrico pré-hospitalar (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/ SAMU com psiquiatra); dois pronto-socorros psiquiátricos; SADA (Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem); o Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT); Serviço Residencial Terapêutico para pacientes egressos de longa internação; centros de convivência alocados nos diversos distritos de saúde e ainda uma unidade de internação psiquiátrica remanescente (Campinas, 2010).

Na Atenção Primária, a cidade conta com profissionais de saúde mental desde a década de 70 (Braga Campos, 2000) e hoje psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras estão alocados em 27 Unidades em todo município, onde

*as equipes de saúde mental que existiam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram inseridas na equipe de saúde da família com o papel de referência à especialidade e apoio à atenção integral da equipe generalista. (BRASIL, 2007, p.22)*

### **5.3- Campo**

As regiões estudadas nesta investigação foram áreas de periferia do município de Campinas (regiões Sul e Sudoeste) que contam com população, em grande parte, dependente exclusivamente do SUS, além de apresentarem os piores indicadores sociodemográficos. Na seleção dessas regiões, foram usados critérios sociais para inclusão das Unidades Básicas de Saúde no estudo, com os seguintes indicadores:

- SUS - dependência alta (acima de 70% da população);
- Proporção de chefes de família com 15 anos ou mais de estudo muito baixa (até 4% das famílias);

- Proporção de chefes de família com renda igual ou maior a 10 salários mínimos muito baixa (até 7% das famílias).

Outros critérios foram ainda utilizados, com o intuito de visar a uma maior uniformidade também do ponto de vista da estrutura física e de recursos humanos das UBS, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Unidades de médio porte (que possuíssem entre 11 e 16 salas);
- Número de equipes de saúde da família entre 3 a 4 por unidade e com cobertura do território maior ou igual a 50%;
- Possuam número de hora-trabalho de médico em PSF entre 6 e 8h diárias por 10.000 habitantes.

Nos distritos em análise, oito unidades básicas de saúde preencheram esses critérios: CS União dos Bairros, CS Santa Lúcia, CS Aeroporto, CS Vista Alegre, CS Dic III, CS São Cristóvão, CS São Domingos e CS Carvalho de Moura.

Foi então aplicado em todas as unidades um questionário que pontuava variáveis consideradas fundamentais para a organização interna, que colaborassem com os princípios Paidéia e compusessem estratégias inovadoras na atenção básica, incorporando valores de referência para cada um dos aspectos elencados.

O instrumento foi criado coletivamente, validado com apoiadores dos distritos sul e sudoeste e testado em dois CS da cidade (Santa Bárbara e Santa Mônica), que não fariam parte de nosso campo de investigação. A aplicação se deu em momentos coletivos, com presença de vários membros das equipes, de maneira que os pesquisadores fossem fomentando discussões sobre as práticas cotidianas do serviço, captando as respostas e preenchendo o questionário. Foram então definidas, conforme tabela abaixo, as variáveis e seus pesos respectivos:

**Tabela 2-** Variáveis avaliadas e seus respectivos pesos e porcentagem

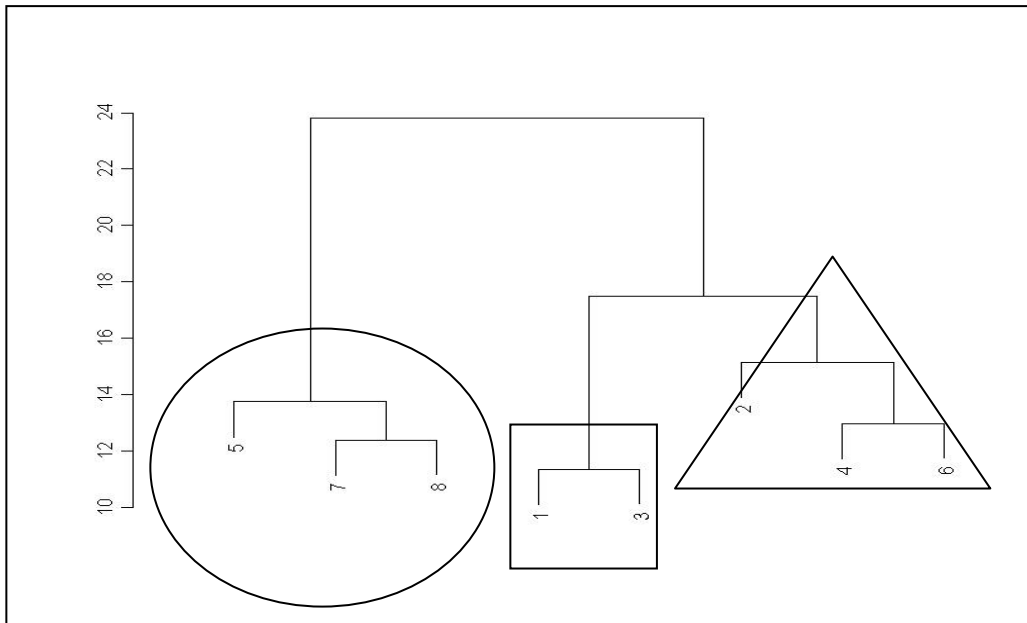
Variável	Pesos	Contribuição (%)
1- Recursos Humanos (médicos)	3	8%
2- Estruturação da Reunião de Equipe	4	11%
3- Elaboração de Projetos Terapêuticos	2	6%
4- Existência de Apoio em Saúde Mental	5	11%
5- A Existência de Equipe de saúde Mental	1	2%
6- Atividades assistenciais coletivas/equipe	7	16%
7- Estratégias de intervenção no território	6	15%
8- Existência de gestão colegiada	7	18%
9- Atuação da comunidade na gestão	5	12%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Tal instrumento foi aplicado nos oito CS que seriam palco do estudo em momento de reunião de equipe, de maneira semi-dirigida. Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, mas não tiveram acesso ao instrumento, que ficava em posse dos pesquisadores e era preenchido conforme os dados surgiam entre os dizeres do trabalho das unidades. Por estarem imersos no cotidiano de práticas que podem se tornar mecânicas, o momento da aplicação do questionário, de modo semi-dirigido revelou-se um momento de auto-análise/crítica, tanto no que se refere à unidade em questão, quanto aos diversos equipamentos da rede (CAPS, SAMU, etc.).

Depois de preenchidos os questionários nas diversas unidades, os resultados foram tabulados, utilizando-se o software S-Plus 4.0 para medir as distâncias entre cada unidade de saúde em função do grau de existência dessas características. O programa se valeu da Análise de Agrupamento ("Cluster Analysis") em que

*A classificação multivariada, também denominada análise de cluster, é um conjunto de procedimentos que visa agrupar e discriminar grupos de indivíduos, regiões ou qualquer objeto. Estes agrupamentos ou cluster são constituídos definindo-se critérios baseados em distâncias. Distância é uma medida matemática de similaridade, que pode ser geográfica, temporal ou baseada em qualquer característica do objeto. Quando são utilizadas diversas variáveis é possível a construção de grupamentos onde o critério de similaridade está distribuído entre diversas características. Na construção dos conglomerados, o objetivo é que os objetos próximos - segundo a métrica selecionada - fiquem no mesmo grupo, enquanto as maiores distâncias separem grupos. Entre as medidas de similaridade, as mais freqüentes na literatura são: coeficientes de correlação, medidas de distância e coeficientes de associação. (Carvalho et al., 1997, p. 636)*

Após definição estatística pela técnica acima referida, foram organizados três diferentes agrupamentos, sendo dois com três unidades e um com duas, conforme diagrama abaixo:



**Figura 2-** Agrupamentos a partir da análise de Cluster

Das oito unidades apenas duas, os CS São Cristóvão e Santa Lúcia, encontravam-se naquele momento com problemas na gestão e não compareceram às reuniões que tinham como objetivo a apresentação da pesquisa e a discussão da participação dos gestores no processo de investigação. Dessa forma, ambas foram excluídas da pesquisa, uma vez que no desenvolvimento deste estudo, seria necessária a interlocução frequente com as gestoras dessas duas unidades.

#### **5.4- Os agrupamentos**

O Agrupamento I (CS Aeroporto e DIC III) contava com oito equipes de saúde da família, cada uma delas responsável por 5.000 habitantes em média, totalizando uma população de 50.000 pessoas. Assim como nos diversos agrupamentos os ACS estavam abaixo do número preconizado pelo Ministério, os médicos generalistas compunham 6 equipes, e pediatras e Ginecologistas

eram presentes em todas elas. Ao analisar o processo interno de trabalho, notamos a existência de colegiado de gestão e núcleo de saúde coletiva em funcionamento há mais de um ano, com encontros periódicos, e mais de duas categorias profissionais representadas. As reuniões de equipe de referência eram periódicas com participação de todos os integrantes, em que se discutiam casos e formulavam-se projetos para os casos considerados vulneráveis. Comparado com outros agrupamentos pesquisados, existia um leque significativo de atividades grupais internas e externas às unidades, que se apropriavam de espaços comunitários, além de ações de saúde mental transversais às equipes, território adscrito, visitas domiciliares constantes. Esse agrupamento apresentou o maior grau de implantação dos arranjos e estratégias avaliados.

Em contraposição, o Agrupamento III (CS Vista Alegre e União dos Bairros), que prestava assistência a 71.000 habitantes, nas mesmas condições de vulnerabilidade social do agrupamento I, estava composto por 13 equipes de saúde da família responsáveis por 5.500 habitantes em média. Porém, as unidades não se organizavam, na época, por mini-equipes de referência com território adscrito, e sim por áreas programáticas (saúde da mulher, criança, saúde mental, etc.). Não diferente, havia a escassez do ACS como nó crítico, além de 4 equipes não possuírem médico generalista, enquanto a equipe se mostrava completa com pediatras e ginecologistas. Quanto ao processo interno de trabalho, constatamos a inexistência de gestão colegiada, sendo centralizadas as decisões na coordenação. As reuniões de equipe eram organizadas de modo descontínuo, e não contavam com a representação de todos os integrantes. As ações grupais eram razoáveis, porém em menor número quando comparado ao agrupamento I, ainda que também se utilizassem de espaços comunitários para atividades. Atuavam no território fazendo visitas domiciliares e reuniões intersetoriais, apresentando uma menor implantação dos arranjos e estratégias avaliados.

Por último, o Agrupamento II (CS São Domingos e Carvalho de Moura), que prestava assistência a 24.000 habitantes e estava composto por 4 equipes de saúde da família. Seguindo a realidade campineira, os ACS eram escassos,

mas havia médicos generalistas em todas as equipes e um pediatra e um ginecologista para cada duas equipes. Já quanto ao processo interno, existiam colegiados de gestão, mas as reuniões de equipes eram irregulares. Nesse agrupamento, algumas equipes elaboravam projetos terapêuticos conjuntamente. Grupos aconteciam em maior intensidade que no agrupamento II e em menor que no I. As visitas domiciliares e as reuniões intersetoriais eram realizadas constantemente, e esse agrupamento foi qualificado como tendo um grau intermediário de implementação dos arranjos e estratégias.

Todos os agrupamentos possuíam equipes de saúde mental. O agrupamento I contava com dois psicólogos, um terapeuta ocupacional e dois psiquiatras; já o agrupamento II contava com um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um psiquiatra. Por fim, o agrupamento III contava, na época do estudo, com dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais e um psiquiatra.

Foram realizados grupos focais com usuários e trabalhadores. Os ACS foram ouvidos em grupo à parte, pelo caráter estratégico que eles assumem na nova política. Além disso, a realização de grupo focal específico para os ACS permitiu que sua fala fosse contemplada e não houvesse relações de poder entre outros membros da equipe que impossibilitassem avaliações, críticas, análises.

Um dos eixos deste estudo, a “articulação de redes de serviços na atenção básica e saúde mental”, trouxe riqueza de informações e apontamentos que podem ao certo auxiliar a construção de boas práticas nesse campo.

### **5.5- Triangulação de métodos, avaliação participativa, narrativa e círculo hermenêutico**

Guba e Lincoln (1989) propõem uma análise histórica dos processos avaliativos desde o começo do século XX, junto à ascensão das ciências sociais e o cientificismo nas indústrias, até a alternativa atual, que é chamada de



quarta geração de avaliadores, baseada na inclusão dos atores envolvidos no processo de pesquisa, incorporando valores e questões de um determinado grupo de interesse e de diversas construções atuais (Furtado, 2001; Diaz, 2009).

Partindo do paradigma citado, utilizamos a triangulação de métodos, que significa a

*combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. (Minayo, 2005,p. 29)*

Como técnica de coleta de dados, foram realizados três grupos focais com os ACS dos diferentes agrupamentos. Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa que possibilita ao pesquisador verificar como os participantes avaliam uma experiência, definem um problema e opinam sobre um determinado projeto. A técnica de *Grupo Focal* permite obter dados com certo nível de profundidade em curto período de tempo (Cervo e Bervian, 2002) e, por isso, tem sido bastante utilizada por estudiosos da educação e da saúde (Westphal et al., 1996):

*O grupo focal é uma técnica de coleta de dados que parte de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns. Caracteriza-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica. Em geral, tais informações são mais facilmente captadas durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros” (Miranda et al. 2008) e se mostra pertinente em processos de avaliação participativa. (Furtado, 2001)*

Os ACS que participaram dos grupos focais foram indicados pela própria unidade, totalizando seis agentes por CS, sendo doze pessoas por grupo focal. Compunham também esses grupos um coordenador e um observador, ambos pesquisadores do grupo de pesquisa *Interfaces*.

As reuniões do grupo de pesquisa com a participação dos coordenadores dos CS e dos apoiadores distritais foram o fórum onde se pactuaram todas as decisões. O local para a realização dos encontros dos grupos focais foi escolhido nessas reuniões, priorizando-se espaços neutros (fora dos CS), sem muita movimentação ou barulho, que possibilitassem maior concentração na atividade.

A atividade iniciava-se com a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) e com abertura para dúvidas acerca dos objetivos da pesquisa. O coordenador focava os temas a partir de um instrumento construído anteriormente (Anexo II) que pretendia captar a opinião dos ACS acerca dos 3 grandes objetivos da pesquisa como um todo. Os grupos foram audiogravados e suas falas transcritas.

A partir da transcrição, as falas foram transformadas em “narrativas” que, segundo Burke (2001), são “*uma história sobre as pessoas comuns no local em que estão instaladas*”, constituindo-se em histórias que podem ser contadas, pois estão no mundo pelo agir social (Ricoeur, 1994). No dizer de Onocko Campos e Furtado (2007),

*A narrativa - sendo linguagem - deve sua inserção na economia textual ao diálogo com outros textos e ao conjunto de características sócio-históricas que localizam um contexto. A narrativa abre-se à interpretação ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção. Assim, articula relações de poder, políticas, identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a complexa relação das*

*narrativas com os discursos sociais. Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana. (p.1093)*

Minayo (1992) contribui com essa discussão quando discorre sobre a hermenêutica e nos diz que

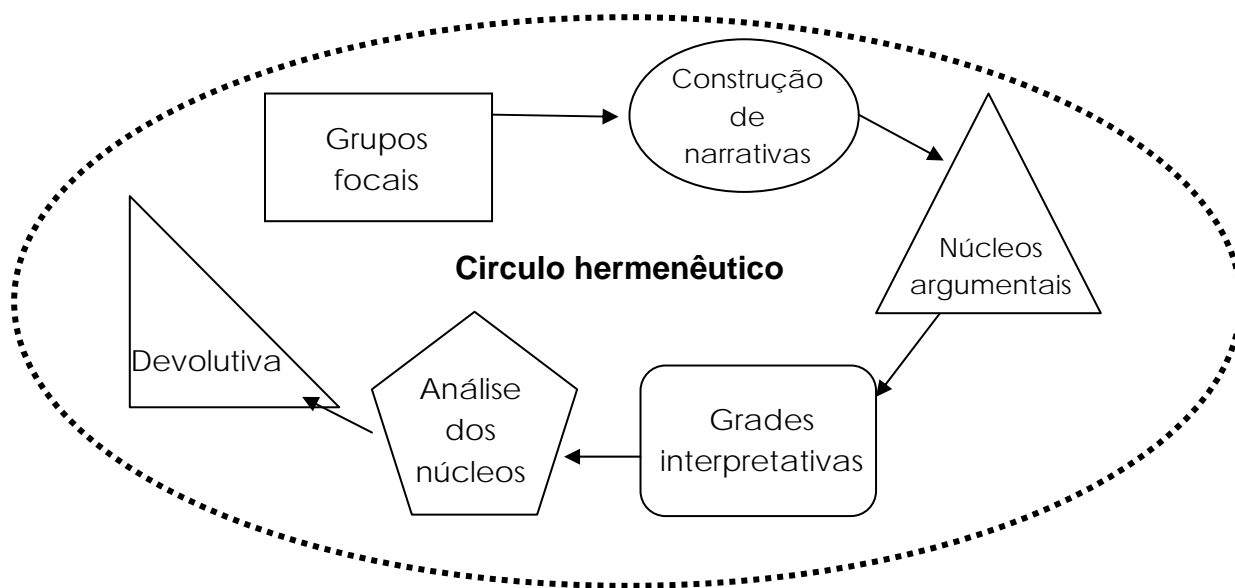
*[...] a linguagem constitui o núcleo central da comunicação: a linguagem ordinária do homem comum no seu dia-a-dia. [...] homem como ser histórico e finito e se complementa na comunicação. Mas a compreensão dessa comunicação é também finita: ocupa um ponto no tempo e no espaço. (p.220)*

Depois de construídas, as narrativas foram validadas pelos pesquisadores do grupo que releam as transcrições e compararam com as narrativas operando mudanças e ajustes, quando necessário.

Após a validação, elas foram classificadas em “*grades interpretativas*” a partir de seus “*núcleos argumentais*”. Entendemos como núcleos argumentais o conjunto de frases que não somente se referem a um tema, porém tentam atribuir a ele algum tipo de explicação em termos de um *por quê*, de um *para quê* e de um *como*. Estamos chamando de núcleos argumentais não os temas levantados, porém a “*tessitura da intriga*’ sobre esses temas”, conforme Onocko Campos (2008).

Os núcleos argumentais foram divididos por temas amplos, tais como: clínica ampliada, promoção/grupos, clínica de saúde mental, condições de trabalho, etc. que continham no seu interior fragmentos das narrativas.

Por fim, inserindo o presente estudo na linhagem da pesquisa participativa (Onocko Campos e Furtado, 2007), os resultados da análise processados foram devolvidos aos agentes do discurso, formando, conforme o diagrama apresentado a seguir, um “círculo hermenêutico” (Gadamer, 1997) adaptado para realidade da pesquisa.



**Figura 3-** Representação do Círculo Hermenêutico adaptado à pesquisa

*a hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia [...] ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido. (p.221)*

Tal abordagem mostra-se interessante para pensar a avaliação das políticas públicas na interface entre saúde coletiva e saúde mental, pois permite “*explorar as relações entre estrutura e eventos observados e/ou registrados nos serviços de saúde, fugindo assim da dicotomia indesejável entre macro-política e micro-política em nossas pesquisas*” (Onocko Campos e Furtado, 2007); afinal “*...quem pesquisa nesses campos não busca somente compreender, mas também transformar, propor alternativas, buscar soluções*” (Onocko Campos, 2008).

Nessa mesma linha, Almeida (2002) nos diz que:

*[...] a avaliação só se justifica quando permite uma retroalimentação dos processos em curso, a fim de corrigir, sanar ou evitar eventuais ‘erros’, estabelecendo estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada. (p.32)*

Afinal, processos de pesquisa como este, incluem os sujeitos pesquisados no desenvolvimento e planejamento da pesquisa, e não apenas como objetos de análise, se instituem como

*meios para que, no desenvolvimento do processo de análise, os que o implementaram ou recebem seus influxos se apropriem da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados pelo trabalho e recolham subsídios para as mudanças necessárias”. (Minayo, 2008 pág. 29-30)*

Sucintamente, apresentamos as diferentes etapas desta investigação, a partir dos oito passos que Minayo (2008, p. 36-37) considera importantes na avaliação por triangulação de métodos:

## **1- Formulação do objeto ou da pergunta referencial que vai guiar todo o processo e o planejamento geral da avaliação**

Os pesquisadores do grupo de pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces* do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp definiram com objeto de estudo a efetividade de arranjos organizacionais na AP do município de Campinas, em três vertentes: clínica ampliada, saúde mental e promoção à saúde.

## **2- Elaboração dos indicadores**

Foram realizadas reuniões conjuntas com representantes do nível central da SMS de Campinas e representantes dos CS a serem estudados, com o objetivo de pactuar os indicadores, que foram assim construídos coletivamente.

## **3- Escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação**

Pactuada entre os pesquisadores do projeto.

## **4- Construção dos instrumentos para a coleta primária e secundária das informações**

Essa construção foi realizada coletivamente, em reuniões com representantes das unidades e pesquisadores.

## **5- Organização e realização do trabalho de campo**

O trabalho de campo foi facilitado pelos gestores e gerentes locais. Os pesquisadores foram a campo coletar as narrativas, utilizando a técnica de grupo focais.

## **6- Análise das informações coletadas**

Foram realizadas oficinas semanais para análise do material coletado, com a participação dos gerentes e gestores locais e pesquisadores na Universidade, sem que os gestores soubessem de que unidade se tratavam os dados. Esse aspecto ético foi amplamente debatido e planejado pelos pesquisadores, para evitar possíveis constrangimentos ou mesmo perseguição ou exposição dos pesquisados frente aos gerentes e gestores de seus locais de trabalho. As atividades de leitura e análise eram feitas em grupos coordenados pelos pesquisadores. Os fragmentos das narrativas não citavam o nome, nem o local de trabalho dos entrevistados. Durante a tarefa, notávamos o desejo dos participantes de identificar de onde vinham aquelas narrativas, se faziam ou não parte de sua Unidade. Dessa forma, a efetividade dos aspectos éticos pactuados foi assegurada.

## **7- Elaboração do informe final**

Finalizado pela equipe de pesquisadores.

## **8- Entrega, devolução e discussão com atores interessados, visando à implementação de mudanças**

Várias atividades foram realizadas nesta fase da pesquisa: **1)** entrega do relatório ao órgão financiador e à entidade parceira (SMS Campinas); **2)** realização de apresentação dos resultados nos dois distritos, com participação de todos gerentes dos CS e gestores locais; **3)** envio de carta de agradecimento aos participantes da pesquisa; **4)** acesso ao documento final, via internet, a todos participantes (usuários e trabalhadores) e **5)** realização de seminário de restituição do estudo, na Unicamp, com participação de toda rede de saúde e Secretário Municipal de Saúde para discussão dos resultados.

Foi utilizado o conceito de analisador para pensar a dimensão de intervenção de nossa investigação em relação às políticas públicas no campo da saúde mental, além do modo como os ACS operam frente às demandas circunscritas no mesmo campo.

## 5.6- O conceito de analisador

O contexto político ideológico do fim dos anos 60 e começo dos 70, na França, possibilitou o nascimento da análise institucional, a partir de grandes autores como René Lourau, Félix Guattari, entre outros. Criou-se nessa época um novo modo de intervir nas instituições, conhecido por socioanálise e fundamentado nos saberes constituídos da Filosofia do Direito e do Estado, Sociologia de Durkheim, do Marxismo, da Fenomenologia, da Antropologia e da Psicanálise. (L'abbate, 2009).

Na análise institucional socioanalítica, desenvolvida durante as décadas de 60 e 70, consolidou-se a noção da pesquisa-intervenção como um modo de colocar as “cristalizadas” instituições em interrogação, por meio da produção de evidências que pusessem à tona os “*jogos de interesses e de poder*” no “*campo de investigação*” (Passos e Benevides, 2000). Para tanto, surge o conceito de **analisador** como conceito-ferramenta, que seria, para os autores, “*acontecimentos - no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe*”.

Lourau (1975) descreve o analisador como “*aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar*” (p. 284). Tal escolha se mostra eficiente para o estudo, pois

*[...] torna-se objeto da Análise Institucional, ou seja, a rede das relações instituídas e instituintes que serve de matéria prima à instauração e funcionamento dessa formas sociais que são a empresa, o partido, a família ou o Estado. (p.91)*



O discurso produzido a partir da construção de narrativas dos grupos focais nos coloca diante de um grupo de interesse, chave na organização do sistema de saúde atual, que assume tom de “*dissidência organizacional*” ao enunciar problemas referentes “*à organização, democracia interna, ao funcionamento dos sistemas de decisão*” (Lourau, 1975, p.284) e, neste ponto, é importante realçar a fala de L’Abbate (2004):

*O efeito do analisador é sempre de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava de certa forma organizado, de dar sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos. (p.82)*



## **6- RESULTADOS E DISCUSSÃO**



Em todas as narrativas, a falta de emprego foi o principal fator para a “escolha” da profissão de agente comunitário, já que afirmam que desconheciam o papel do ACS. Todos referem que a função atual do ACS é “fazer a ponte entre a comunidade e o Centro de Saúde”. Ser “ponte” parte do princípio da existência de um afastamento entre dois pontos, e ela por si só não representa nenhum deles. Essa posição de não pertencimento é geradora de tensão, conforme discutido anteriormente, uma vez que os papéis de Usuário e de Trabalhador se confundem, e são elementos de conflito e sofrimento. Tal movimento de fragmentação, em que o profissional ora é chamado internamente para representar o usuário, ora é cobrado permanentemente como representante itinerante da Unidade de Saúde, é avaliado como produtor de sofrimento pelos ACS dos três agrupamentos:

*Não somos ouvidos, dentro do Centro de saúde. Ninguém se prontifica a ajudar o usuário, e logo tudo recai para nós resolvermos, o que é difícil, pois somos moradores do bairro próximo ao CS. Por causa do vínculo que temos com a população ficamos frustrados com diversas situações. Alguns de nós evitamos até sair de casa no fim de semana para evitar as cobranças. (Agrupamento III)*

*O nosso papel é trazer os problemas da comunidade pra dentro da unidade de forma diferente, porque também somos usuários, os outros profissionais não possuem esta vivência. Ouvimos os usuários e eles criam confiança na gente, por isso temos informações que o médico não arrancaria no consultório! (...) Mas também, por causa dessa proximidade com os usuários, muitas vezes acontece o contrário, e recebemos várias das queixas dos pacientes quando não encontram o que eles foram buscar no CS. Achamos um incômodo, por exemplo, sermos interrogados sobre alguma demanda do usuário fora do nosso horário de trabalho seja na rua, perto da casa, na igreja ou no mercado. (Agrupamento II)*

*Complicado é ter que falar “não” para os usuários: não tem médico, não tem vaga, não tem atendimento... Por termos esse vínculo, muitas vezes o paciente acha que é nossa obrigação resolver certas coisas. Temos que colocar limites, não podemos ser responsáveis por tudo. (Agrupamento I)*

O excesso de atribuições, tais como vigilância da dengue, visitas domiciliares, medicação supervisionada, cadastramento, vacinação, ações nas escolas (escovação, controle de dengue e piolho), coordenação da maior parte dos grupos oferecidos à população, além de tarefas que eles chamam de burocráticas, é motivo de queixa, que podemos atribuir à escassez desse profissional nos CS do município, sobrecarregando os poucos presentes, não tendo como priorizar ações reconhecidas por eles como importantes, como ter mais tempo para escutar os usuários, conhecer melhor as famílias, etc. Eles referem o excesso de tarefas nos três agrupamentos de maneira muito próxima:

*Mas achamos que são muitas as atribuições encomendadas a nós agentes. Fazemos orientação e prevenção. Fazemos ginástica postural, cadastro, liang gong, terapia comunitária, visita domiciliar cuidamos da dengue, da vacina, da renda mínima, do bolsa família, temos ações na escola, com o conselho tutelar, supervisamos a administração de pacientes com HIV e somos também um pouco psicólogos, assistente sociais..., em suma é bem amplo. Claro que não fazemos tudo isso num dia só, depende da definição das prioridades. As prioridades são decididas de última hora, na correria, às vezes até achamos que os usuários ficaram muito cómodos, pois nem chegam mais a ir na unidade quando sabem sobre nós. (Agrupamento I)*

*Nós só não medicamos, porque do resto nós fazemos tudo. Fazemos grupos de convivência, grupo de hipertensos, grupos de diabéticos, oficinas, vacinação, saúde da mulher, dengue, escovação nas escolas e acompanhamos o programa renda mínima. Precisamos priorizar, temos que nos organizar bem para darmos conta de tantas frentes de trabalho.*  
(Agrupamento II)

*Outra dificuldade para nós é que o centro de saúde tem que atender uma demanda grande, com uma grande quantidade de famílias pra um agente de saúde, perdendo estratégias como visitas para pacientes acamados, programas de hipertensos e diabéticos, reuniões de equipe e discussão de casos.*  
(Agrupamento III)

No agrupamento I, a narrativa nos aponta os ACS com uma postura mais ativa, percebendo-se como efetivos e fundamentais membros da equipe. Aparece uma cobrança mútua entre os pares: enquanto os ACS cobram resolutividade aos outros profissionais nos casos trazidos à reunião de equipe, os profissionais da unidade exigem a presença e participação dos ACS nas reuniões de equipe, o que revela a existência de uma participação democrática e uma relação horizontalizada.

Os ACS colocam algumas de suas atribuições como um problema, já que se sentem pouco preparados para executá-las. Entre algumas ações que eles referem não ser do Núcleo do ACS estão tarefas ligadas a problemas de vulnerabilidade social e tipos de violência, conforme a literatura nos apontou, além de narrarem o não compartilhamento dos casos e a falta de profissionais para apoiar as ações:

*Existem funções que temos dúvida se são ou não de nosso ofício como, por exemplo, as visitas de óbitos, entregas de exames alterados, denúncias do conselho tutelar, controle da renda mínima ou mesmo ir à casa de uma mulher que tinha apanhado do marido pra pegar as roupas dela. Achamos que isso pode até ser função, mas será que não é função de toda a equipe? Sentimo-nos só e pouco preparados para esse tipo de ação. Apesar de já termos feito essa queixa para a equipe sobra sempre para nós e acabamos servindo de escudo, fazendo um papel investigativo sobre estupros e agressões de casos que nem passam no centro de saúde. (Agrupamento III)*

*Esse trabalho nos coloca em situações onde as necessidades das pessoas de nossos bairros são muitas, e o fato de não conseguirmos ajudar em tudo nos desgasta. Sentimos mais afetadas pelas condições de precariedade de vida das pessoas (moradia, alimentação, o cuidado das crianças, etc.), que por algum problema grave de saúde. Também é desgastante o fato de que muita coisa é pedida para nós fazermos, mas nem sempre temos o suporte material e profissional necessário para dar conta. (Agrupamento I)*

Os grupos organizados na unidade são referidos pelos ACS dos três agrupamentos como uma das responsabilidades deles. Afirmam que a lógica da coordenação desses grupos se aproxima de consultas coletivas e que outros profissionais não consideram tais ações importantes. Quando identificam grupos coordenados por outros profissionais, os ACS descrevem a dificuldade que vivenciam para dar continuidade ao processo, como se a atenção longitudinal só fosse executada por eles. Esse discurso é um analisador da forma como o ACS é inserido nas Equipes de Saúde da Família. Eles apresentam uma narrativa que revela uma ruptura organizacional, ou seja, a unidade proposta para realizar as ações no CS se rompe quando os Agentes não são percebidos como membros da equipe, como mostram os fragmentos das narrativas dos Agrupamentos II e III.



O Agrupamento I aponta uma melhor relação com o restante da equipe, mesmo apresentando uma polarização entre atividades “internas” e “externas” aos muros do CS. Podemos inferir que esse agrupamento, por apresentar arranjos internos que possibilitam maior horizontalidade nas relações de trabalho a partir de espaços de discussões e pactuações coletivos, integra os ACS e evita a polarização que aparece nas narrativas dos agrupamentos II e III.

*Utilizamos os grupos como estratégia, contudo tem grupo que a coordenação boicotou e, além disso, todos os grupos vão passando pros agentes. Os agentes de saúde tocam sozinhos grupos com até oitenta pessoas. Nenhum outro profissional teve a iniciativa de aproveitar aquele grupo pra fazer um trabalho voltado pra prevenção de alguma coisa. Tem outros grupos que começamos e não temos espaço, logo tivemos que sair de dentro do centro de saúde. É dividido assim: existem os grupos da unidade e os grupos dos agentes. (Agrupamento III)*

*Temos certeza que a maioria dessas atividades grupais é feita por nós agentes, algumas são feitas pela psicóloga ou pela enfermagem, porem para elas é mais difícil dar seguimento aos grupos (...) Se os profissionais participassem mais dos nossos grupos, poderia aumentar a capacidade de absorção deste, contudo fica muito em cima apenas dos agentes. (Agrupamento II)*

*Em relação a atividades na comunidade, temos o Lian Gong, o cantinho do aprendizado, o grupo de convivência, de artesanato. Os grupos que acontecem fora da Unidade, somos nós que fazemos a maioria. Em parte recebemos o apoio da unidade, mas tem alguns que apenas criticam e não ajudam. (Agrupamento I)*

Quando alguma questão relativa à saúde mental é demandada aos ACS, a conduta se altera nos diferentes agrupamentos. Enquanto o II e III encaminham ao psicólogo, o Agrupamento I discute o caso em equipe e pensa conjuntamente o projeto terapêutico, reforçando a importância dos espaços coletivos democráticos para constituir o cuidado em saúde mental.

Esse afastamento perante a equipe e a rede de saúde mental faz com que os ACS dos agrupamentos II e III sintam-se despreparados para lidar com casos graves de saúde mental, muitas vezes se assustando com o comportamento dos psicóticos. Especificamente, no Agrupamento III, os ACS referem temer serem responsabilizados pela equipe por algo que aconteça aos usuários. Já no Agrupamento I, eles podem contar com a equipe e com o CAPS mediante encontros para discussão conjunta de casos. Afirmam que tal parceria é fundamental no que tange à atenção em saúde mental, além de executarem visitas conjuntas que aprimoram a clínica e qualificam a atenção.

### **6.1- ACS e a saúde mental: interfaces**

No campo da Saúde Mental, muito pouco se tem construído a respeito da interface desse saber com o papel do ACS. De modo mais amplo, pouco se tem em relação à saúde mental na Atenção Primária:

*estando o PSF em desenvolvimento, a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico. (Pereira et al., 2007, p. 568)*

Os princípios que regem a Lei da Reforma Psiquiátrica, além da questão da desinstitucionalização dos pacientes de hospitais psiquiátricos, apontam para a construção de uma rede substitutiva nos diversos níveis hierárquicos de atenção à saúde mental. Porém os ACS afirmam e reafirmam a

desarticulação dos níveis de atenção à saúde mental, que deixam pacientes desassistidos, sem referência.

Nos resultados da pesquisa supracitada, os ACS colocam questões que apontam uma ruptura na organização dessa rede que, aos olhos de muitos, é integral, universal e equânime, conforme princípios constitucionais. O agente se mostra despreparado para operar com o fenômeno do sofrimento psíquico e em diversos momentos define sua prática com base no que designamos como *sincretismo clínico*.

O núcleo dos diferentes saberes (o do médico, o do enfermeiro, o do odontólogo, o do psicólogo...) que compõe as equipes na Atenção Primária é sedimentado, cristalizado e instituído em 4, 5, 6 anos de formação universitária, muito diferente do saber do ACS, obtido através de um curso de capacitação para um profissional que não tem uma tradição ou mesmo uma prática consolidada.

A formação hegemonicamente voltada à clínica individualizada e centralizada muitas vezes no saber biomédico permite ao indivíduo uma segurança quanto ao fazer cotidiano, sendo toda nova forma de mudança no *status quo* da gestão do cuidado algo ameaçador para o indivíduo. A ampliação do campo com saberes advindos de outras práticas é fundamental para a efetivação do que Campos (2003) chama de clínica ampliada.

Onocko Campos e Gama (2008) mostram que “os *trabalhadores de uma dada instituição produzem serviços, idéias, imagens e falam a partir dos lugares que ocupam nas relações institucionais*” (p.234). Logo, ocupar um *lugar* impõe a construção de um novo simbólico, de novas idéias, imagens e fazeres, um modo criativo de operar clinicamente.

Não podemos, ainda, afirmar que exista um núcleo de saberes próprio do ACS, mas sim diversos. É necessário um novo conceito para captar e expor essa prática e a maneira como ela aparece no cotidiano, onde o ACS “*tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos*” (Nunes et al. 2002, p. 1640).

Falar que os ACS se utilizam de uma junção de elementos advindos da epidemiologia, vigilância em saúde, clínica médica, etc. é certo e observável, já que eles passaram por diversas capacitações para assumir esse lugar. O que não parece certo, e muito menos viável na análise de suas práticas, é notá-las de maneira separada, afinal partimos de uma visão holística do indivíduo entendido no contexto familiar, social, territorial, afetivo, psíquico e biológico. Nessa perspectiva, se esvai a visão semiótica biomédica das patologias e surge um novo paradigma que impõe um olhar singularizado sobre o indivíduo, para quem os diversos núcleos de saberes convergem, em vista da ampliação da clínica (Campos, 2008).

O termo sincretismo é utilizado para designar traços de diferentes religiões presentes num mesmo pensamento ou crença e foi difundido largamente nas ciências sociais. É um termo que vem se ampliando para designar a mesma junção em diferentes campos como cultura, linguagem, processo, tal como definido por Paiva (1999): *Entende-se por sincretismo, a partir da etimologia, a reunião provisória de elementos mutuamente estranhos face a uma ameaça iminente*. Ora, pensar no estranhamento como algo “*que é de fora, alheio; sem qualquer ligação com*” (Ferreira, 2001) é olhar para a impossibilidade de um fenômeno externo em se ligar com um saber concreto; nessa impossibilidade, a invenção aparece como resposta.

A noção de sincretismo corresponde à *capacidade criativa do ser humano* (Paiva, 2005), o que amplia seu valor. Parece-nos um bom termo para ser utilizado como forma de análise da clínica do ACS, uma vez que eles se utilizam de bases analíticas de diferentes correntes, sejam leigas ou científicas, para entender, nomear, explicar e operar elementos e fenômenos concretos que demandam diariamente nas diferentes unidades de saúde e que por vezes geram estranhamento.

Não nos é possível designar com exatidão que teorias, escolas e correntes estão por trás da operacionalidade clínica, já que ela se dá de maneira singularizada. Trata-se, na realidade, de uma forma de compreensão das práticas

clínicas observáveis nos ACS em que se nota um arcabouço conceitual explicativo que envolve ciência e senso comum, como forma de lidar com o sofrimento com que se deparam cotidianamente.

Efetivamente, as explicações dadas aos fenômenos psicopatológicos advêm de diversas escolas, que se propõem a entender os fenômenos sob as mais diferentes óticas: biológicas, sociais, psíquicas, estruturais. Tais escolas têm seus legítimos representantes inseridos ou não nas equipes de saúde da Atenção Primária, vestidos de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros. O ACS, a rigor, não representa nenhum deles, ou todos eles.

Quando em contato com transtornos psíquicos das mais diversas ordens, os profissionais com formação técnica detêm um núcleo de saber que possibilita a explicação através de noções historicamente construídas e metodologicamente analisadas, em que diagnóstico e tratamento, por mais divergentes que sejam os saberes, os colocam como detentores de uma clínica que nomeia e opera, a fim de diminuir o sofrimento daquele indivíduo, seja através de medicamentos, psicoterapia, oficinas, acompanhamento terapêutico.

Porém, o que se nota no posicionamento do ACS frente ao mesmo fenômeno é o que podemos chamar de sincretismo clínico: ao mesmo tempo em que nomeia alguns sintomas, atribui a eles noções do senso comum como fim explicativo e operativo.

Estudos já existentes que permeiam essa relação afirmam que

*o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, saberes para as diferentes dimensões esperadas de seu trabalho, o que o faz recorrer a saberes do senso comum e da religião. (Furlan, 2008 p.56)*

Ou mesmo concluem que os conceitos internalizados pelos ACS fazem com que o transtorno mental seja visto como: “*Imutável e socialmente excludente; Loucura ou estado continuamente irracional; Incapacidade e impossibilidade de autonomia; Deficiência mental*” (Pereira et al., 2007). Não que tal prática seja exclusiva dos ACS, mas a partir deles podemos pensar em diversos aspectos que permeiam a gestão do cuidado para pacientes com sofrimento psíquico.

Quando casos graves demandam a ação desses profissionais, a impossibilidade clínica surge como fator chave da paralisia diante do usuário. O medo de não saber como conduzir, ser responsabilizado por ações equivocadas ou mesmo medo da ação desconhecida daquele que está a sua frente é apontado em diversos pontos das narrativas, nas quais tal ação é colocada em xeque pelos próprios ACS, que em alguns pontos não consideram as ações de saúde mental como de sua responsabilidade.

*Temos uma grande dificuldade nas questões da saúde mental, temos pouco preparo: Temos medo que aconteça algo com os pacientes e sermos responsabilizados, afinal já acompanhamos pacientes da mental que enfiavam a mão na boca de cachorro, cachorro bravo, além de outros riscos. Não sabemos se estamos preparados para isso.*  
(Agrupamento III)

Nessa fala, além do despreparo, podemos notar uma explicação conceitual da patologia associada a ações de perigo. A relação historicamente construída de que a “loucura” é geradora de violência, riscos e agressividade aparece como maneira de demonstrar a necessidade de se afastar e de não se comprometer com tal fenômeno. Isso corrobora a idéia de uma explicação pluricausal para a identificação do que os ACS chamaram de “pacientes da saúde mental”. Esse distanciamento ocorre não só pela representação simbólica da loucura, que é construída historicamente, mas também pela ausência de ações

específicas da rede de atenção à saúde mental do município e pela capacidade e qualificação sistemática desses atores para lidar com tais transtornos.

Em um dos agrupamentos, a dificuldade em lidar com casos graves faz com que os ACS verbalizem uma desresponsabilização por alguns casos, afirmando que a Saúde Mental está fora de suas atribuições. Esse depoimento constitui-se como um analisador da Política que rege as atribuições dos ACS que não incluem a SM como ponto de atenção:

*Até nos assustamos com os psicóticos e não temos habilidade nenhuma para lidar como esse tipo de problema. Achamos mesmo que isso não é nossa função. (Agrupamento III)*

Notamos também que a psicopatologia severa continua sendo o cerne de atuação e compreensão dos ACS no que se refere à atenção à saúde mental. Os diversos estudos citados que apontaram a demanda e a necessidade de uma atenção à saúde mental na Atenção Primária não aparecem nas narrativas de nenhum dos agrupamentos. Tal ausência nos possibilita inferir que a atenção à saúde mental nesses agrupamentos ainda apresenta problemas, e suas práticas continuam sendo norteadas, nos casos graves, por uma atenção que não opera de forma qualificada e de acordo com as peculiaridades da Atenção Primária.

Porém, mesmo verbalizando dificuldade em lidar com alguns casos, os ACS assumem um fazer clínico possível, pela necessidade de dar resposta àquilo que surge. Para tanto, eles são capazes de nomear, escutar, discutir e muitas vezes intervir, sem que tenham um núcleo de saberes bem definido, mas propondo o encontro dos diversos saberes que cercam a realidade da unidade básica, identificando casos:

*são nessas conversas (com usuários) que percebemos quando a pessoa tá precisando de terapia, quando ficam com idéias suicidas, quando ficam isoladas por muito tempo.*  
(Agrupamento I)

Essa junção de saberes, na qual o ACS ora se coloca na posição de “não saber”, impossibilitando o contato, e ora assume o caso com as ferramentas que lhe são pertinentes, delimita a execução do que chamamos de *sincretismo clínico*.

Os ACS assumem a “*escuta*” como uma das ferramentas mais consideráveis no contato com pacientes que eles consideram não graves. Desse modo, demonstram a importância de “debruçar sobre” o que surge como queixa, problema, sofrimento. Mas mesmo esse contato gera expectativas de “como agir” com tal fenômeno, que se apresenta sob a forma de sintomas, queixas, palavras. Em muitos casos, recorrer ao profissional que possui o saber estritamente ligado ao quadro que se observa é uma das saídas encontradas pelo ACS.

Mesmo observando ações no seu cotidiano que apresentam tentativas de operar clinicamente sobre o sofrimento psíquico, os ACS não avaliam tais condutas como eficazes no campo da Saúde Mental:

*O que temos pra oferecer é a medicação, terapia, ouvir, conversar e visitar, contudo na saúde mental ainda não conseguimos fazer muita coisa não.* (Agrupamento III)

Ademais, quando os arranjos internos possibilitam trocas com a equipe de saúde mental, nas quais os casos podem ser discutidos e co-responsabilizados, a ação dos ACS se mostra mais eficaz na condução de um



Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolve muitas vezes a rede de atenção à saúde mental do município em parceria com equipamentos como, por exemplo, os CAPS:

*Fizemos parceria com o CAPS da região e fomos fazer visitas domiciliares com o psicólogo de lá. Sem esse apoio não saberíamos o que fazer. (Agrupamento II)*

Esse recorte mostra a potência da articulação com outros níveis de atenção, o apoio matricial como importante arranjo para co-responsabilização dos casos e para a qualificação da atenção através de atendimento conjunto com o apoiador da unidade de referência (CAPS).

Em alguns casos, os CAPS são apenas um outro lugar para onde é possível encaminhar o usuário sem a devida discussão e qualificação dessa parceria, representando para o ACS um alívio, por dar conta de uma demanda que força resposta, mas paralisa ações pela complexidade da clínica necessária

*com o surgimento do CAPS, alguns pacientes passaram pra lá de uma forma, que agora não dão mais nenhum trabalho pra gente, porque o CAPS os acolhem dia e noite, sem parar". (Agrupamento I)*

Essa fala ilustra a forma ainda tradicional de “referenciar”, encaminhar sem a devida responsabilização e parcerias nos casos. Entretanto, uma mudança de paradigma já aparece na seqüência da narrativa quando os agentes afirmam que

*contudo deveríamos acompanhá-los, pois eles são nossos também. (Agrupamento I)*

Essa mudança demonstra de que maneira os ACS imaginam o cuidado: uma aproximação para a possível efetivação de uma relação institucional mais humana e uma relação terapêutica integral, rompendo a lógica verticalizada que empurra o paciente e não oferta o cuidado necessário, aproximando-se dos princípios de clínica ampliada.

As condições de atuação dos ACS contribuem para explicitar, em alguns momentos, o esgarçamento da rede de atenção: os pacientes ficam desassistidos nesse emaranhado e isso transparece aos olhos, tanto dos trabalhadores, quanto dos familiares que endossam o não cuidado e o não pertencimento a nenhuma unidade como ponto continente. Para os ACS do Agrupamento III, existe um “desaparecer” de muitos deles, fruto da desarticulação dos níveis de atenção:

*o CAPS nem sempre dá a cobertura necessária. Alguns pacientes ficam desassistidos: não são do CAPS nem do CS.  
(Agrupamento III)*

O ACS se mostra estratégico para execução de uma atenção qualificada e integral à saúde. Logo, como notamos, a realidade trazida por esse recorte que discutimos converge para demonstrar que a rede campineira é, em muitos momentos, desarticulada, e possui falhas críticas. Parece-nos um forte analisador da política de saúde mental, que historicamente se abstém de investimento na Atenção Primária, conforme discutido anteriormente, e, mais do que isso, a atuação do agente comunitário de saúde reforça a importância de arranjos inovadores que aproximem a Atenção Primária dos serviços de referência e, principalmente, produzam espaços coletivos internos que integrem as ações dos diferentes profissionais da AP no processo de construção conjunta de PTS, ações intersetoriais, propostas terapêuticas compartilhadas, identificação de casos de risco e horizontalização das relações entre os diversos profissionais da equipe.

## **7- DEVOLUTIVA**



A última parte do que chamamos de círculo hermenêutico aconteceu em algumas etapas. Primeiramente, foi enviada uma carta de agradecimento a cada participante (Anexo III) dos diferentes grupos focais comunicando a finalização da pesquisa e disponibilizando o relatório final via internet.

Foram então apresentados todos os resultados da pesquisa para os dois distritos de saúde participantes (Sul e Sudoeste), com a participação dos diversos gerentes e gestores, o que ajudou o grupo a legitimar os resultados com aqueles que estão cotidianamente lidando com usuários e trabalhadores e fazer os devidos apontamentos como forma de nos posicionar e possibilitar mudanças e possíveis construções na rede de saúde do município, cumprindo assim nossa implicação ético-política na realização desta investigação.

Por último, foi realizado um seminário aberto ao público (Anexo IV), com ampla participação dos trabalhadores e gestores da rede de saúde do município de Campinas, do Secretário Municipal de Saúde, dos pesquisadores e apoiadores distritais, evento em que foram discutidos os resultados da pesquisa.

Durante esse evento, pudemos notar, como produto dos resultados da pesquisa, uma cobrança geral por parte dos gerentes de unidades e trabalhadores referente à ampliação do número de ACS, que pode ser considerado como efeito analisador das falas dos diversos grupos de interesse, já que, conforme colocamos, existe na rede de atenção de Campinas uma escassez desse profissional, já que não tem havido reposição nem contratação de novos agentes há 8 anos.

No mesmo evento, tivemos como analisador da política municipal atual a fala de uma profissional do nível central da SMS afirmou que o afastamento entre os ACS e o restante da equipe de AP é importante por marcar a diferente forma de vinculação entre os usuários e a equipe. Sua fala foi contestada pelos pesquisadores, que enfocaram o sofrimento desse profissional, decorrente do modo de sua inserção na rede de atenção, assumindo um papel que deveria servir de exemplo para outros profissionais. Destacaram ainda a importância do ACS no trabalho de aproximação da equipe de saúde com os desejos e anseios da população, e apontaram a necessidade de superação da fragmentação da

Unidade provocada pela manutenção do ACS como único representante e porta-voz do CS junto a população.

Ainda comentando o efeito avaliativo da pesquisa, houve uma cobrança muito grande por uma maior valorização do ACS e por a sua capacitação, a fim de que fosse possível aumentar sua capacidade interventiva. O agente comunitário de saúde vem se configurando em Campinas como um grupo de interesse segregado nas diversas unidades de saúde, visto como profissional à parte, sem a devida valorização, e assume demandas que muitas vezes poderiam ser divididas e co-responsabilizadas com diversos outros núcleos de saber.

## **8- CONCLUSÃO / APONTAMENTOS E RECOMENDAÇÕES**





A partir dos resultados discutidos acima, muito se pode pensar e concluir sobre o papel da saúde mental na Atenção Primária. Os ACS nos trazem importantes contribuições sobre a realidade empírica desse profissional na rede campineira.

A escassez desse tipo de profissional na rede é um analisador que pode apontar diversos elementos, como a falta de vontade política, a ausência de cobrança da comunidade, a desvalorização profissional, entre outros aspectos. Representa um ponto central na discussão da interface da AP com a saúde mental, já que o excesso de atribuições pode gerar “prioridades” como as que estão assinaladas na Lei nº 11.350, de 2002, em que a saúde mental *stricto sensu* não é contemplada.

Outro ponto importante nessa interface é a forma de entrada do núcleo da saúde mental na Atenção Primária. Campinas apostou em equipes fixas lotadas nos Centros de Saúde e conta ainda com apoio matricial das unidades de referência. Tal organização, aos olhos dos ACS, é fator de proteção e apoio. Eles referem a importância de ter profissionais da área (psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais) fixos na equipe, mas tal lógica pode ser paradoxal se a equipe operar a atenção à saúde mental de maneira compartimentalizada, desresponsabilizando-se e focalizando a atenção em ações terapêuticas isoladas e centradas no detentor do saber específico.

O apoio matricial se mostra um potente dispositivo para lidar com casos graves, aproximar serviços, capacitar profissionais e alterar a maneira como os trabalhadores concebem o projeto terapêutico daqueles que, por algum sofrimento qualquer, demandam atenção nas unidades de saúde.

Importa destacar que o saber clínico constitutivo de tal apoio, advindo dos CAPS, é específico e circunscrito a casos severos. Casos que, na linguagem dos ACS, são nomeados como “*loucos*”, “*psicóticos*” ou “*pacientes da mental*”. A necessidade de construção na AP de uma atenção voltada para casos graves aparece fortemente nas narrativas. Nessa construção, a contribuição trazida pelo

apoio matricial é fundamental, já que em muitos desses casos a Atenção Primária tem condições de acolher o indivíduo e se responsabilizar por ele.

O que não podemos deixar de explicitar sem um devido apontamento é a peculiaridade clínica em que se situa o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Partir do pressuposto de que basta ampliar o olhar dos profissionais, incluindo entre eles o ACS, para noções como subjetividade e sofrimento psíquico para qualificar o cuidado à saúde mental é minimamente perigoso. Que tal aporte melhora, e muito, a escuta, o acolhimento, a identificação de casos nos parece óbvio, e vimos respostas positivas dos ACS quanto a tais pontos. O que temos que conceber é a resolutividade, as ofertas terapêuticas e a atenção a casos característicos da Atenção Primária, aos quais a singularidade clínica dos CAPS não dá conta de abarcar.

Quando discutidas questões ligadas à demanda na Atenção Primária, foram elencados uma série de estudos que nos mostram algumas particularidades que não podem ser ignoradas. Quando os ACS nos trazem a interface com a saúde mental, a noção dos casos graves persiste. Toda e qualquer outra queixa ou demanda comum no cuidado em saúde mental é deixada de lado, ou esquecida, tal ausência nos diz muito.

O TMC, criticado como foco para organização da saúde mental na Atenção Primária, não aparece na visão dos Agentes como um problema ou um entrave na avaliação do seu trabalho ou mesmo como uma grande demanda da AP. Podemos inferir, através da análise do material e das atribuições que lhe são impostas, que o tipo de queixa que definem tais Transtornos é bastante prevalente dentro das Unidades, nos consultórios, mas não são vistos como problemas de saúde pelos ACS, que continuam a reverberar o discurso focado em casos como violências e psicoses. Talvez um discurso que se aproxime do que a comunidade considera “problema” ou “sofrimento”.

No operar clínico sincrético manejado pelos ACS, situa-se uma forma inovadora de intervir no sofrimento cotidiano, contribuindo para ampliar uma prática que, a rigor, se apóia em saberes técnico-científicos sob responsabilidade de profissionais com formação superior.

Podemos inferir pelos resultados da pesquisa, que a atenção à saúde mental na rede campineira é um reflexo da política atual. Essa política, que contribui muito na atenção aos casos severos vem deixando muito a desejar na atenção integral, o que ao final colabora para uma dificuldade de acesso ao cuidado de diversos casos de sofrimento psíquico. Mas podemos também, a partir de tais inquietações que atravessaram o presente estudo, pensar arranjos que possibilitem a construção de uma Atenção Primária mais consistente e resolutiva quanto às questões ligadas a problemas psíquicos.

A pesquisa base deste estudo mostrou a importância de elementos constitutivos da organização interna do trabalho que se mostraram fundamentais para a melhoria da atenção, tais como: reuniões de equipe sistemáticas, construção de projeto terapêutico em equipe, colegiado gestor, apoio matricial constante. Podemos ainda pensar outros elementos que apoiem tanto os apoiadores quanto as equipes de saúde mental da Atenção Primária.

No capítulo Reflexões sobre a clínica em equipes de saúde da família, Campos (2003) nos concede alguns apontamentos que podem ser úteis para pensarmos a organização da atenção e a responsabilização das equipes junto à comunidade. Partindo da idéia de que a demanda para a saúde tende a ser infinita e sempre haverá recursos insuficientes, o autor propõe como norteadores da organização da rede alguns pontos do método Paidéia visando, além do vínculo, propostas que melhorem a eficácia e podem facilitar a prática entre tal conflito. Tais pontos podem ser traduzidos, ampliados ou transpostos para a realidade específica do cuidado em saúde mental como proposta efetiva de organização de arranjos que levem em conta a peculiaridade da saúde mental na Atenção Primária, seja através de equipe fixa ou operando o apoio matricial:

É importante ir além das discussões específicas de casos e/ou interconsulta que capacite este ou aquele profissional. O apoiador deve levar em conta a demanda que está chegando até ele e qualificá-la. Primeiramente, conhecendo profundamente o território em que está situado, as potências, as instituições e espaços sociais (escolas, igrejas, bares, pontos de drogas, CRAS - Centro de Referência da Assistência Social, praças, locais de lazer, etc..). Para isso, o contato com o ACS é de suma importância. Entender onde se está atuando é fundamental para orientar as ações do cuidado, e alguns desses elementos trazem subsídios para saber quais questões podem estar veladas enquanto se discute um caso específico. Por exemplo, um bairro tipicamente periférico das grandes cidades do contemporâneo: muitos bares, pontos de droga, pouco ou quase nenhum espaço de lazer, uma infinidade de igrejas das mais diversas ordens. Quando o matriciador discute a demanda junto à equipe é sempre trazido o caso daquela senhora, qualificada como poliqueixosa, que todo dia demanda atenção dos “especialistas” da unidade de saúde; ora, é necessário notar a resistência das equipes para oferecer um apoio de qualidade a diversos casos, ou seja, a ausência de demandas, o silêncio, o dito pelo não dito devem ser pontos observados pelas equipes de saúde mental.

A interface da saúde mental com os saberes advindos da saúde coletiva é importante em muitos momentos. Especificar qual população vulnerável e que risco existe nesta ou naquela realidade é fundamental para se propor ações bem orientadas que captem a necessidade de uma população específica.

Não se pretende apontar a soberania de ações focadas no risco, mas não podemos negá-lo quando nos propomos a operar em ações coletivas. Tais ações devem ser focadas na família, pois um devido aspecto ligado à saúde psíquica atravessa todos os integrantes de maneira comum. As equipes poderiam fazer, assim como propõe Campos (2003), fichas familiares daqueles que estão em risco para que houvesse um acompanhamento sistemático, muitas vezes prevenindo possíveis consequências à saúde, sem que isso se torne uma ação autoritária da unidade.

Diversos estudos mostram algumas questões que estão presentes e recorrentes no cotidiano das unidades na Atenção Primária. Identificar esses casos não é tarefa simples, já que se lida com a falsa noção de liberdade que sustenta a não intervenção das equipes junto a alguns problemas, como violência doméstica, por exemplo. No entanto, priorizar esses casos é fundamental para qualificar a atenção, e isso impõe trabalho em equipe, muitas vezes intersetorial.

Quando queixas de sofrimento psíquico surgem, o estigma e o preconceito fazem com que a família procure, muitas vezes, o espaço religioso, que cumpre em muitos momentos o que o Estado não se propõe a fazer. Cada uma com seus diferentes “saberes” agem de maneira específica para “tratar” de casos, como tentativas de suicídio, delírios, depressão, e o contato com a unidade de saúde nem sempre é opção. Não se pretende desqualificar o papel das instituições religiosas, mas sim responsabilizar os trabalhadores quanto à importância de avaliar riscos e agir, com compromisso ético, quando existe um sofrimento real, seja patológico ou não. E para tanto, os ACS são fundamentais para identificar casos citados, não de maneira policlesca, e sim como forma de acolher um sofrimento que tem dificuldade em aparecer por estar inserido em ciclos de violência harmoniosos.

O exemplo acima nos traz a importância de funcionar em parceria com outras instituições do território. Se a equipe nota que a escola encaminha muitos casos, tanto para pediatria, quanto para saúde mental, é importante pensar um apoio sistemático no interior da instituição escolar como forma de ampliar o escopo do matriciamento e dar resolutividade na base do problema.

Parceria com o SUAS - Sistema Único de Assistência Social, que se propõe a trabalhar com unidades de referência territorializadas, é outro aspecto importante, já que questões ligadas a problemas sociais atravessam a clínica de todos os profissionais. Através dos ACS, além das instituições formais é possível identificar grupos dentro da comunidade para fazer ações pontuais; por exemplo, um time de futebol do bairro em que um voluntário há mais de 4 anos treina crianças e adolescentes na arte do ludopédio, se mostra um potente agrupamento

para trabalhar questões ligadas à sexualidade, drogas, etc... sem que isto pareça uma aula obrigatória que é dada na escola ou na própria unidade de saúde.

Para tanto, a interface do ACS com a saúde mental nos parece, ainda, pouco potente em alguns tantos aspectos que poderiam ser contemplados e que ampliaria as ofertas e a qualidade da atenção na Atenção Primária. Notamos no desenrolar do estudo, que a Saúde Mental na Atenção Primária ainda é pouco contemplada nas políticas públicas, por mais que as avaliações que as cercam apontem alta capacidade resolutiva e boa aceitação entre os usuários. O ACS nos traz a voz da Atenção Primária e, através de seus dizeres pudemos concluir que processos históricos marcam a dificuldade em se construir uma atenção a saúde mental que tenha como porta de entrada e estruturante do Sistema a AP. Porém, devemos ressaltar, que os arranjos e estratégias que chamamos de inovadores, ampliam a capacidade resolutiva, qualificam a atenção e potencializam a interface almejada, mesmo que tais atores reflitam uma série de desarticulações que estão em outros patamares de governabilidade.

## **9- A EXPERIÊNCIA**





Quando iniciado o processo avaliativo a que este trabalho se referenciou para coleta e análise das informações, eu fazia parte, há menos de 1 mês, da equipe de uma das Unidades a serem avaliadas, situada na região Sudoeste da cidade de Campinas. Além de mim, outros participantes do grupo tinham ligação com área assistencial da Secretaria Municipal de Saúde, tanto na Atenção Primária quanto nos CAPS ou na gestão Distrital. Por isso, o cuidado para que o cotidiano do trabalho e nossas implicações não influíssem no andamento da pesquisa foi uma preocupação constante durante todo o processo. Para tanto, o *Grupo Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces* criou manejos internos para evitar atravessamentos que pudessem deslegitimar a validade dos achados.

Quando necessário ir a campo para entrevistar as equipes das UBS, ainda no processo de planejamento, evitou-se a participação de qualquer integrante do grupo que tivesse vínculo institucional com o local. Ao mesmo tempo, todo contato era realizado por outros integrantes do Grupo, para evitar confusões quanto ao seu papel desempenhado na assistência à saúde, ou seja, não se delegava a qualquer pesquisador-trabalhador contato direto com sua Unidade de trabalho que o colocasse como referência do projeto de pesquisa.

No segundo momento, o dos grupos focais, pude coordenar coletivos de outras Unidades, tanto de trabalhadores quanto de ACS ou usuários, sem que isto atrapalhasse a condução da técnica, uma vez que não conhecia os integrantes das outras Unidades ou mesmo os usuários.

Porém, além dessa preocupação ética que atravessou o estudo, não estamos isentos de ser afetados pelas leituras e resultados que encontrávamos no decorrer do processo. E isto me foi muito rico. Primeiramente, por me encontrar numa Unidade que passava por sérios problemas de recursos humanos, com a responsabilidade sanitária de uma população altamente vulnerável e com uma demanda diária que me assustava. Foi possível notar como muitas vezes o que escrevemos se distancia da prática e a prática se distancia dos nossos desejos. Esse paradoxo, imagino eu, só pode ser avaliado quando

vivemos um pouco dessa duplicidade, tendo sempre o risco de nos desequilibrarmos e optarmos por uma via única.

Vivenciar o cotidiano de uma UBS na periferia de uma grande cidade, onde tudo que foi dito neste estudo eclode diariamente, faz com que nos posicionemos de maneira defensiva, instituída, regrada, tantas vezes sem a criticidade que o cotidiano merece. Logo, operar com a produção de conhecimento há 40 km de onde falamos e distante da realidade diária dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, é situar-se na eminência de um processo intelectual que não possibilita identificar as variáveis peculiares das Unidades, que por fim se afasta do concreto, do real, do necessário e faz com que o SUS se torne retórica, único e exclusivamente um delírio acadêmico.

Trabalhar a partir dessa dicotomia e encontrar uma síntese é um processo dialético complexo e muitas vezes angustiante. Porém, encontrei em alguns espaços dentro do Departamento de Medicina Preventiva e Social lócus de interlocução que se propõe a interagir com a rede de Saúde e transformá-la conjuntamente com os principais interessados nesse processo: trabalhadores e usuários.

Considero que todo o processo de investigação e produção de conhecimento foi rico. Pude constatar que a instituição acadêmica estava aberta para posicionamentos contrários, sempre na perspectiva de novas construções, ao mesmo tempo em que a UBS, que se encontrava em plena mudança de arranjos internos, se propunha a debater e construir coletivamente. Não que esses processos sejam simples, sem vícios institucionais ou tensão, mas havia nas pactuações coletivas uma latência que apontava para ações propositivas que ajudassem na edificação e nas forma de se pensar o SUS.

Também me encontrei nesse processo dialético em que o espírito crítico variava em função do local de onde se observa: é necessário que a academia, na produção de conhecimento, analise, avalie, critique uma realidade que parece dada. Mas é também necessário que essa realidade, que nunca está

dada, tenha o mesmo espírito para debater o que parece vir como certeza pelas cabeças pensantes da Universidade.

Por mais tenso e conflitante que esse espaço possa ser, ele possibilita, como trabalhador, recriar constantemente os processos da gestão cotidiana, fazer com que possamos ser criativos, inovadores, diferenciados. Possibilita ainda que, por mais complexo que seja o trabalho em saúde, tenhamos uma sustentação técnica que nos permita experimentar, sem aventuras ou irresponsabilidade; que nos permita garantir em nossa prática os princípios éticos e políticos que almejamos como cidadãos e com a responsabilidade que nos é conferida como trabalhadores de saúde pública.



## **10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



Almeida, P F. O Desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, 2002.

Almeida, P V B. O papel do pediatra no programa de saúde da família-Paidéia de Campinas (São Paulo-Brasil). Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2008.

Amarante, P (coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. RJ: Editora Fiocruz, 1995.

Amorim, E M. (Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas - SP / Emmanuella Mendes Amorim. Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Ayres, J R C M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde soc. vol.13, nº.3, São Paulo Sept./Dec. 2004.

Ayres, J R C M. Subsídios para discussão sobre pesquisa avaliativa, políticas publicas e saúde mental: interfaces. In Campos, R T O; Furtado, J P; Passos, E; Benevides, R. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 1 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

Braga Campos, F C. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP. Campinas, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde e SIM/CII/SMS de Campinas 2007.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.

BRASIL. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório fina/ 8. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Lei Federal 10216. Lei Paulo delgado. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº3.189. Diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Curso de formação de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1991a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 1991b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº10.507. Criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154. Núcleos de apoio a saúde da família/NASF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1886/GM. Aprovação das Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 6, Ano IV, nº6, junho de 2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, Janeiro de 2007.

BRASIL. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília. 2006.

Burke, P. A escrita da história. Novas perspectivas. São Paulo, Ed. Unesp, 2001. CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde, Base de Dados. 2010.



- Campos, G W S. Saúde Paidéia. SP: Hucitec, 2003.
- Campos, G W S e Guerrero, A V P (orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.
- Caputo, V G e Bordin, I A. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. Rev Saúde Pública. 41(4):573-81. 2007.
- Carta de São José dos Campos. 11º Congresso Paulista de Saúde Pública. São José dos Campos. 2009.
- Carvalho F B. História, inrterdisciplinaridade e saúde mental: o serviço de saúde Dr. Candido Ferreira. Universidade Estadual de Campinas. (Faculdade de Ciência Médicas. Tese de Doutorado). Campinas. 2002.
- Carvalho, M S; Cruz, O G; Nobre, F F. Perfil de risco: método multivariado de classificação sócio-econômica de microáreas urbanas - os setores censitários da região metropolitana do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(4):635-645, out-dez, 1997.
- Cavalcanti, M L T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 4(1):193-200, 1999.
- Cervo, A R; Bervian, P A. Metodologia Científica. São Paulo, Prentice Hall, 2002.
- Conferência Nacional de Saúde Mental (3: 200 I Brasília). III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo/Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde - 1 ed. - Brasília Ministério da Saúde, 2001.
- Conill, E. Desafios para organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27. 2008.
- Dal Poz, M R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões; Interface (Botucatu) vol.6 nº.10 Botucatu fev. 2002.
- Diaz, A R M G. Pesquisa avaliativa em saúde mental: a regulação da “porta” nos centros de atenção psicossociais. Monografia de mestrado no Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp. Campinas. 2009.

Ferreira, A B H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 5 ed.; 2001.

Ferrer, A L. Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2007.

Figueiredo, M D. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). Dissertação de Mestrado no Departamento de Medicina Preventiva e Social FCM/Unicamp. 2006.

Fonseca, K F B S. Saúde Mental: a percepção do grupo de agentes comunitários de saúde. Dissertação de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp. Campinas, SP. 2006.

Fortes, S; Villano, L A B; Lopes, C S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2008.

Foucault, M. História da loucura da idade clássica. Perspectiva. São Paulo. 551 pag. 1978.

Furlan, P G. Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde. (dissertação de mestrado - Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP). Campinas, 2008.

Furtado, J P - A avaliação como dispositivo. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Medicina, Tese de doutorado em Saúde Coletiva, 2001.

Furtado, Jb P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.6 nº1 Rio de Janeiro. 2001.

Gadamer, Hb G. Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis, Ed. Vozes, 1997. Gama e Onocko (2008).

Gil, C R R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

Goldberg D, Huxley P. "Common mental disorders: a bio-social model". London: Tavistock; 1992 Gomes, R, et al., 2002.

Guba, E G e Lincoln, Y S. Fourth Generation Evaluation. Sage Publications, Newbury Park, 294 pp.1989.

Guimarães, F J; Ferreira Filha, M O. Repercussões da Terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. Rev. Eletr. Enf. 2006; 8(3):404-14. <http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a11.htm>; 2006.

Jeolás L S & Ferrari R A P. "Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado". Ciência e Saúde Coletiva. 8(2):611-620. 2003.

Kronbauer, J F D e Meneghel, S N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Revista de saúde publica, 39(5):695-701. 2005.

L'abbate, S. Aula ministrada na disciplina "Elementos Teóricos de Ciências Sociais em Saúde Coletiva I" do programa de pós-graduação em saúde coletiva do DMPS/FCM/Unicamp. 2009.

L'abbate, S; O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: Revelando e desvelando as contradições institucionais. Saúde e loucura vol 8. 2004.

Lancetti, A. "Clínica peripatética": Hucitec, São Paulo, 2008.

Lavras, C C C. O auxiliar de saúde na experiência de Campinas. Projeto de avaliação permanente em saúde. Convênio PUCCAMP/FINEP. 1986.

Lourau, R. "A análise institucional". Editora Vozes, Petrópolis 1975.

Ludermir, A B e Filho' D A M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns Revista Saúde Pública vol.36 n°2 São Paulo. Abril. 2002.

Luzio, C A; L'Abbate, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

Maragno L; Goldbaum M; Gianini R J; Novaes H M D; César C L C. "Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo". Caderno de Saúde Pública, 22 (8): 1639-48, 2006.

Marín-León L; Oliveira H B; Barros M B A; Dalgalarrrondo P; Botega N J. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. Cad Saúde Pública 2007; 23(5):1089-1097.

Martins, C B G; Mello Jorge, M H P. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em Municipio do Sul do Brasil, 2002 e 2006. Epidemiol. serv. saúde;18(4):315-334, out.-dez. 2009.

Meneghel, S N, et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 747-757, jul./set., 2000.

Minayo, M C S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde in Onocko Campos, R T; Furtado, J P; Passos, E; Benevides, R. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 1. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

Minayo, M C S. O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro. 1992.

Minayo, M C S (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005.

Miranda, L; Figueiredo, M D; Ferrer, A L; Onocko Campos, R T. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos, R; Furtado, J P; Passos E; Bevevides, R. (Org.). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. 1 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p. 249-277. 2008.

Nunes, M O; Almeida B A; Homem C R; Melo M C I. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública; 18:1639-46.2002.

OMS - Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001, 173 p.

OMS. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária. Genebra. 2000.

OMS. UNICEF. Primary Health Care. Geneva: WHO; 1979.

Onocko Campos, R (coord.). Estudo avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção básica à saúde-relatório final (convênio Fapesp - CNPq - SUS) Processo No 06/61411-4. 2009.

Onocko Campos, R e Furtado, J P. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços revista latino-americana de Psicopatologia Fundamental, V.VIII, Nº1, 2004.

Onocko Campos, R e Furtado, J P. Narrativas: Uma revisão introdutória dos seus potenciais usos na pesquisa qualitativa em Saúde. Versão preliminar apresentada no II Seminário Internacional de Avaliação de Serviços de Saúde Mental, Campinas, 2007.

Onocko Campos, R T; Furtado, J P; Passos, E; Benevides, R. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 1. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

Onocko Campos, R T; Gama, C A P. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Gastão Wagner de Souza Campos; André Vinicius Pires Guerrero. (Org.). Manual de Práticas de Atenção Básica - Saúde Ampliada e Compartilhada. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, v. , p. 221-246. 2008.

Paim J S. "Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica" (tese de doutorado). Salvador (Ba): Universidade Federal da Bahia; 2007.

Paiva, D C P; Bersusa, A A S ; Escuder, M M E. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.22 n°2 Rio de Janeiro Feb. 2006.

Paiva, G J. "Imaginário, simbólico e sincrético: aspectos psicológicos da filiação a novas religiões japonesas". Psicologia: Reflexão e Critica vol.12 n°2 Porto Alegre. 1999.

Paiva, G J. Novas religiões japonesas e sua inserção no Brasil: discussões a partir da psicologia. Revista USP, 208-217.2005.

Passos, E; Benevides, R B; A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade in Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 16 n. 1 Jan-Abr 2000.

Pereira. M A O; Barbieri L; Paula, V P; Franco, M S P. "Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental". Revista da Escola de Enfermagem da USP vol.41 n°4 São Paulo Dec. 2007.

Pinheiro, S N; Laprega, M R; Furtado, E F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Revista de saúde publica, 39(4):593-8. 2005.

Porto, M. Aula proferida no Curso de Psicopatologia e Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo FSP/USP. 2007.

Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

Ricoeur, P. "Tempo e narrativa". Tomo I, 1994.

Rodrigues M A; Facchini L A; Lima M S. "Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil". Rev. Saude Pública. 40(1):107-14. 2006.

Rosa, M R R; Malta, S B B; Lopéz, M G F. Terapia comunitária: uma prática que empodera o coletivo para uma cultura de paz no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia; Saúde debate; (39):100-107, jun. 2007.

Santos M E S B. Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002a.

Santos, D V D. Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada. Dissertação de Mestrado no Departamento de Medicina Preventiva e Social FCM/Unicamp. 2009b.

Santos, M. O lugar e o cotidiano. In: A Natureza do espaço. EDUSP, 2002c.

Schraiber L B; D'Oliveira A F P L; Couto M T. "Violência e saúde: estudos científicos recentes". Rev Saúde Pública 2006; 40(esp): 112-20.

Silva, J A e Dalmaso, A S W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface (Botucatu) vol.6 nº10 Botucatu fev. 2002.

Silva, J A. O agente comunitário de saúde do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2001.

Silva, M. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social. 2004.

Starfield B. "Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia". Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

Surjus, L T L S. Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2007.

Tanaka, O Y & Ribeiro, L. "Desafio para a atenção básica da assistência em saúde mental". Cad. Saúde Pública, 2006.

Tenório, F: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

Tomaz, J B C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói" Interface (Botucatu) vol.6 n°10 Botucatu fev. 2002.

Vasconcelos, E M. abordagens psicossociais, v.1: história, teoria e prática no campo. Aderaldo e Rothschild, São Paulo. 2009.

Westphal, M F; Bógus, C M & Faria, M M. "Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil". Boletim da Oficina Sanitária do Panamá, 120 (6): 472-482, 1996.



## **11- ANEXOS**



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar novos modelos de atendimento colocadas em prática na rede de saúde da cidade de Campinas/SP em busca da melhora da eficácia do Sistema Único de Saúde, o SUS.

A pesquisa está dividida em três partes:

- 1) Avaliação das formas de cuidado clínico utilizadas pelos profissionais.
- 2) Avaliação do atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica e sua relação com os CAPS e outros serviços de saúde.
- 3) Avaliar como está a proposta de Promoção à Saúde na Atenção Básica.

Uma das fases da coleta de dados será a realização de grupos de discussão com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais envolvidos na rede de Atenção Básica de Campinas, usuários do SUS e familiares.

Esses grupos serão coordenados por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, que irão apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **Roteiro de grupo focal**

### **Agentes de saúde**

- 1- O que vocês acham de trabalhar na atenção básica? Do que vocês mais gostam e menos gostam na unidade em que trabalham?
- 2- Por que vocês escolheram ser agentes de saúde? Sabem por que apareceu a figura do agente de saúde no sistema de saúde? Quais vocês acham que são as funções de um agente?
- 3- No dia-a-dia, vocês conseguem realizar essas funções? Quais são as atividades mais difíceis que fazem neste dia-a-dia? E mais chatas?
- 4- Conseguem conhecer os seus usuários? E suas famílias? A situação familiar é levada em conta no tratamento? O que vocês vêem no território é levado em conta pela equipe?
- 5- Como vocês se viram na atenção aos casos problemáticos? Enfrentam dificuldades, seja porque não aderem ou porque são muito complexos? Que recursos utilizam? E quanto aos casos crônicos?
- 6- Tiveram alguma experiência de tratar algum usuário ou família com problemas emocionais? O que vocês fizeram? E como se sentiram?
7. Existem atividades em parceria com a comunidade? Quais? Quem as realiza? A comunidade se organiza de alguma maneira para melhorar sua própria condição de vida? Vocês participam de alguma destas atividades?
- 8- E na unidade? Existem atividades abertas à comunidade? Quem as organiza? Para que servem?
- 9- Como vocês avaliam o trabalho desenvolvido em suas unidades? Mudariam algum aspecto? Quais?





## Carta de agradecimento



Campinas, Agosto de 2009.

Prezado (a) \_\_\_\_\_,

Gostaríamos de agradecer sua participação no grupo focal realizado no mês de maio de 2008 destinado a colher informações para a pesquisa intitulada **“Estudo avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção básica à saúde”**.

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a rede de atenção básica de saúde de Campinas, em relação ao impacto de alguns novos arranjos e estratégias implantados de diferentes maneiras nos Centros de Saúde. Para isto, privilegiamos o que dizem os seus trabalhadores e usuários. Ou seja, utilizamos um caminho que levou em consideração as opiniões e questões dos grupos que constituem esses serviços.

A pesquisa foi finalizada em março deste ano e seu relatório final foi aprovado pela agência financiadora (FAPESP). Os resultados foram agrupados em torno dos três eixos que estruturaram a investigação: programas vinculativos de Clínica ampliada e do Apoio Paidéia, a articulação de redes de saúde mental e de atenção básica e a implantação de estratégias de Promoção à Saúde.

A partir dos resultados fizemos uma série de recomendações e esperamos que gestores, trabalhadores e usuários possam se apropriar delas. Assim, desejamos honrar nosso compromisso ético-político, contribuindo com a

implementação de políticas públicas e a melhoria dos serviços públicos de saúde.

O relatório final já foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e também encontra-se disponível no site:

[http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude\\_mental](http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental)

Agradecemos sua disponibilidade em participar e colaborar com essa pesquisa cujo fim último é qualificar os novos processos de assistência em saúde de nosso país.

Atenciosamente,

Prof<sup>a</sup>. Rosana Onocko Campos