

O transtorno mental na percepção de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família

The mental disorder in the perception of the community health agents in the Family Health Strategy

Fabiana Cristina Frigieri de Vitta¹, Odilene Ferreira de Oliveira², Márcia Aparecida Nuevo Gatti³, Alberto de Vitta⁴

¹Doutora em Educação Especial pela Universidade de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. Professora Assistente do Departamento de Educação Especial da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Marília (SP), Brasil.
fabianavitta@gmail.com

²Mestre em Odontologia pela Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Itapeva (FAIT) – Itapeva (SP), Brasil.
odilene.oliveira@hotmail.com

³Doutora em Doenças Tropicais pela Unesp – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da USC – Bauru (SP), Brasil.
marciangatti@gmail.com

⁴Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor do Curso de Fisioterapia e do Mestrado em Saúde Coletiva da USC – Bauru (SP), Brasil.
albvitta@yahoo.com.br

RESUMO A Estratégia Saúde da Família facilita o acesso do usuário às ações de saúde mental. O objetivo deste estudo foi verificar as percepções dos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família em relação à doença mental. Realizou-se um estudo qualitativo com 26 agentes comunitários de saúde sorteados entre os profissionais de 13 unidades da Estratégia Saúde da Família do Município de Itapeva (SP), que responderam ao questionário de informações pessoais e entrevista semiestruturada. A análise foi realizada por meio do conteúdo dos dados. Percepção estigmatizada do portador do transtorno mental, falta de conhecimento sobre o processo de adoecimento e evolução da doença, e despreparo para atuar junto dessa população foram observados. É necessária a capacitação dos agentes para que eles possam contribuir favoravelmente para a eficiência da rede de cuidados em saúde mental no município.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT *The Family Health Strategy facilitates user access to mental health actions. This study aimed to verify the community health agents' perceptions of the Family Health Strategy about mental disorder. A qualitative study was conducted with 26 randomly selected community health agents, among the professionals of 13 units, which constitute the Family Health Strategy of Itapeva (SP). The community health agents responded to a personal information questionnaire and a semi-structured interview. Data were checked through content analysis. Stigmatizing perception of the mentally disturbed persons, lack of knowledge about the process of falling ill and the mental disorder evolution, and the unpreparedness to act in this population were observed. Capacitating agents enable them to contribute in a positive way to the effective functioning of a care net in mental health in the city.*

KEYWORDS: Family Health Strategy; Mental health; Community Health workers.

Introdução

A reforma psiquiátrica brasileira provocou transformações éticas nos modos de tratamento e reconfigurou a assistência à saúde mental no que tange à humanização, à descronificação de pacientes e às tentativas de modernização de tratamentos (GALLETTI, 2004; KODA; FERNANDES, 2007).

Alicerçada à reforma psiquiátrica, inicia-se, no país, o processo de reabilitação psicossocial entendida, conforme Lussi *et al.* (2006), como um conjunto de ações que visa aumentar as habilidades da pessoa, com a finalidade de diminuir o dano causado pelo transtorno mental, envolvendo todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença (usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral).

A partir dessa nova concepção de assistência em saúde mental no Brasil, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que constituem uma rede complexa inserida na Atenção Básica — ambulatorios de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátrica, entre outros (BRASIL, 2004).

Em decorrência do processo de transição nos modelos de atenção em saúde mental do hospitalocêntrico para o que preconiza a reabilitação psicossocial, Delgado e Weber (2007) afirmam que a constituição de uma rede articulada entre os variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é essencial para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental.

Dessa forma, a incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica, contribuirá para essa transformação, oferecendo melhor cobertura assistencial e maior potencial de inclusão social para os usuários (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

O Ministério da Saúde vem investindo e construindo, nos últimos anos, diretrizes e condições para que, nos municípios com menos de 20.000 habitantes, a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Nesses municípios, as equipes de saúde mental, que podem estar lotadas em ambulatorios (ou CAPS de municípios vizinhos), passam a dar apoio matricial às equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pode contribuir de forma eficaz, uma vez que pode ser utilizada como espaço potencial para deslocar o modelo tradicional de assistência à saúde mental, que segrega e estigmatiza o doente, para um modelo centrado em ações transformadoras de cuidado na Atenção Básica, incluindo a família, os profissionais, os recursos territoriais e a comunidade no processo de desmistificação do transtorno mental.

É o cenário ideal para promoção de ações em saúde mental, devido à facilidade do acesso do usuário à unidade e a responsabilidade territorial das equipes em relação à população envolvida (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Dentre os profissionais que compõem a equipe básica da ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), devido à sua potencialidade de fortalecer a integração entre a comunidade e os serviços locais de saúde, configurando-se como um profissional fundamental no acompanhamento às pessoas com transtornos mentais (KODA; FERNANDES, 2007), tornando-se um ator importante no processo de consolidação da reforma psiquiátrica.

O trabalho do ACS está previsto na lei n.º 10.507/2002, que cria essa profissão e dá outras providências. Caracteriza-se pelo trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; e acompanhamento e avaliação das ações de saúde (SILVA; DALMASO, 2002). Todas essas atividades devem ser desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local deste.

O ACS é o membro da equipe que conhece as necessidades do território e possui vínculo com a população assistida. Assim, tem a potencialidade de fortalecer a integração entre a comunidade e os serviços locais de saúde, configurando-se, como um profissional fundamental no acompanhamento às pessoas com transtornos mentais, tornando-se um ator importante no processo de consolidação da reforma psiquiátrica (KODA; FERNANDES, 2007).

Considerando o referencial teórico, este estudo teve por objetivo verificar as percepções dos agentes comunitários da ESF sobre o transtorno mental.

Metodologia

Realizou-se um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo a percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do transtorno mental como eixo de discussão. Para tanto, a investigação destacou as subjetividades, as percepções, os conflitos e as contradições.

O Município de Itapeva está localizado na região sudoeste do Estado de São Paulo e sudeste do Brasil; apresenta uma população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 87.765 habitantes, sendo que 73.964 habitantes residem na área urbana e 13.801 habitantes na rural (IBGE, 2011).

A Secretaria Municipal da Saúde de Itapeva, em sua estrutura organizacional, é formada por 21 unidades de Atenção Básica com 14 ESF e 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três unidades de Centro de Saúde II, um Centro de Saúde I, um Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), um Centro de Especialidades Odontológicas, um Ambulatório de Saúde Mental, uma unidade de CAPS II, um Ambulatório de Saúde da Materno Infantil, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) e a Casa do Adolescente.

A população-alvo foi composta por todos os agentes comunitários das 13 unidades (6 em cada unidade) da ESF urbanas de Itapeva convidados a participar, após esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia. Dentre os que aceitaram, foram sorteados 2 de cada unidade, totalizando 26 participantes. Procedeu-se à coleta de dados após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa.

Os instrumentos para a coleta de dados foram entrevista semiestruturada e questionário. Este último, desenvolvido pela pesquisadora, era autoaplicado, sendo composto de informações como idade, gênero, escolaridade e tempo de trabalho na equipe. Os dados revelaram que 25 participantes eram do gênero feminino, tinham entre 26 e 51 anos, não possuíam ensino superior, sendo que 24 deles tinham completado o ensino médio e trabalhavam há menos de 5 anos como agentes comunitários.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise. Eram compostas por um roteiro composto por quatro questões relacionadas ao tema central da pesquisa como: O que você entende por transtorno mental?

Como se sente com a presença de um usuário com transtorno mental? Como você lida em seu dia a dia com esses usuários, ou seja, com seus comportamentos e atitudes? Quais são os tratamentos necessários a serem dispensados ao portador de transtorno mental?

Todas as entrevistas ocorreram em local e horário combinados previamente entre pesquisador e participantes, com os cuidados necessários (clima descontraído, não manipulação de opiniões por parte do entrevistador). Com isso, preservou-se o princípio de uma investigação qualitativa, em que o fenômeno investigado é analisado sob a visão do entrevistado, isto é, segundo seus valores, sua compreensão e sua vivência (MINAYO, 2008).

As respostas foram analisadas com base na técnica qualitativa, proposta por Bryman e Burgess (1999) e aprimorada com conceitos da análise temática proposta por Minayo (2008). Assim, as informações obtidas foram organizadas e a presença de determinados temas denotou estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2008).

Resultados e discussão

Os discursos dos sujeitos foram singulares, sendo possível verificar valores e aspectos comuns, que permitiram a formação dos seguintes temas para discussão:

- transtorno mental e estigma;
- percepções a respeito família;
- demanda de capacitação e dos recursos para o tratamento do transtorno mental.

Transtorno mental e estigma

Em relação ao tema transtorno mental e estigma, os dados mostraram que as concepções dos ACS podem ser representadas pela construção social da história da loucura, que retrata apenas o comportamento inadequado da pessoa influenciando negativamente o convívio familiar e social.

Porque doença mental mexe com a mente né. Eu entendo que seja por alguma função do cérebro que alguma coisa não está funcionando

no cérebro. Imagino que ela seja agitada, que ela não age por conta própria (E22).

Ah, igual todo mundo sabe saúde mental já fala, a pessoa é louco, fala em psiquiatria a pessoa é louca (E9).

Esse estigma advém da representação da loucura centralizada nas fases da doença em que essas pessoas manifestam sintomas de alucinações, delírios, agressividade, entre outros. Essa reprodução errônea da loucura estigmatiza o indivíduo, e distancia a sociedade da compreensão fidedigna do conceito, evolução e prognóstico do transtorno mental (SPADINI; SOUZA, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2008).

Eu acho uma pessoa é às vezes transtornada, às vezes, muito inquieta, muito agitada, ela chora demais, ela não tem um comportamento igual às outras pessoas (E23).

No meu modo de ver, doente mental é aquelas pessoas que têm distúrbio, que muitas vezes são é agressivo e, sei lá, bate às vezes na gente. Tomam remédio controlado, pessoas que são internadas para fora (E2).

Eles são violentos, eles falam coisas sem sentido, é tem uns que chega até agredir as pessoas sem mais nem menos (E06).

Toda rotulação social negativa em relação à doença pode ser considerada fator desencadeante de dificuldades pessoais dos agentes em relação ao manejo com o portador de transtorno mental. Quando questionados a respeito de como lidam com essas pessoas, manifestaram sentimentos de medo em relação à reação do doente:

Nossa, procuro fazer a vontade dele né? Pra evitar contrariedade, porque pode ser agressivo (E11).

Na hora eu fico incomodada, por não sabe qual é a reação dele diante da minha pessoa. Dependendo de como ele reage eu consigo, ou me comunicar, ou me afastar, ou invés de se aproximar tentando até conversar com quem tá cuidando dele. A primeira reação é medo (E24).

Eu fico um pouco assustada. É como se diz; eu procuro não demonstrar que estou assustada, se a pessoa solicita ajuda a gente procura ajudar, mas que eu fico um pouco assustada eu fico!!!! (E07).

Barros *et al.* (2009), investigando as representações construídas pelos agentes comunitários sobre o transtorno mental, relataram que os profissionais referiram as mesmas dificuldades relacionadas ao medo e ao estranhamento frente a comportamentos não comuns, como descontrole súbito, agressividade e atitudes violentas. Justificaram essa percepção não por terem passado por algum episódio, com os doentes que envolvessem violência, mas pelo imaginário comum construído durante a história da saúde mental no Brasil.

Alguns agentes relataram sentirem-se surpreendidos quando foram recepcionados por alguns doentes que apresentavam comportamento 'normal'. O estigma, uma vez estabelecido pela sociedade, oculta a possibilidade que o doente tem, com tratamento adequado, para se adaptar às demandas sociais, tornando-se apto a uma vida autônoma e independente na sociedade.

Pode tentar levar uma vida normal sendo bem tratados né, hoje em dia eu fico até feliz com esse apoio que o CAPS dá, tem até alguns amigos que tratam o transtorno mental mesmo, lá, conheço um que, até age como se ele não fosse não, nem precisasse estar lá, entendeu? (E26).

Outro aspecto observado e que se relaciona a uma concepção estereotipada do transtorno mental é sua confusão com a deficiência intelectual.

Eu lido normal com ela, como se ela fosse uma criança normal, embora ela não seja uma criança. Eu lido assim com ela, não sei se está certo ou errado mais eu tento lidar da melhor forma (E21).

Eu chego conversando assim como se fosse uma criança assim, né? Na brincadeira, brincando (E06).

Araújo *et al.* (2008) ressaltam que a falta de informação, conhecimento, educação e/ou compreensão da maior parte da população acerca do que é estigma no transtorno mental interfere diretamente na vida do doente (que, muitas vezes, é designado de louco, bruxo, impuro etc.), agravando seu quadro de sofrimentos.

O estigma ligado à loucura levando ao preconceito e à exclusão só poderá ser desmistificado no momento em que os profissionais de saúde entrarem em contato com o transtorno mental e compreenderem seu conceito, evolução e prognóstico, atrelados aos princípios do processo de desinstitucionalização dos cuidados, podendo, assim, cumprir seu papel de agente transformador da cultura de uma sociedade que, até os dias atuais, exclui e rotula o doente.

Percepções a respeito da família

A maioria dos entrevistados relatou ter maior contato com a família do que com o doente e justificou tal fato por dois fatores. O primeiro relaciona-se à 'proteção' às vezes do doente e, outras vezes, da própria família. Os familiares impedem a aproximação entre o doente e o ACS, impossibilitando a conversa entre ambos. O segundo refere-se ao sentimento de medo do ACS em permanecer na presença da pessoa com transtorno mental.

Dai, é a família que passa as informações. A não ser quando a família libera a gente, pode ir lá conversar, daí a gente vai, caso contrário se a família fica quieta, a gente tem uma noção que ela também não quer, então a gente já vai trabalhando aos poucos, até conseguir conversar com eles mesmo (E17).

Olha! Sinceramente eu tenho um pouco de receio também! Não sou de se aproximar, procuro mais a família pra conversar (E01).

Meu contato maior é com a família! Procuro não conversar... não ir atrás da paciente... mais da família (E02).

Segundo Pegoraro e Caldana (2008), é imprescindível que as concepções dos familiares sobre saúde, doença e seu tratamento sejam investigadas pelas equipes de saúde, assim como sua condição e contexto de vida, possibilitando que as informações prestadas à família auxiliem a elaborar estratégias que colaborem na convivência com o portador de transtorno mental.

O trabalho junto à família é de fundamental importância para o sucesso do tratamento. No entanto, a falta do mesmo propicia que familiares sintam vergonha de mostrar sua situação. Em outros momentos, o sentimento é de incredulidade na capacidade do doente em lidar com as demandas cotidianas, impossibilitando-o do contato com a sociedade e impedindo-o de tomar decisões. Essas atitudes, em conjunto com o estigma visto no discurso do ACS sobre o transtorno mental, afastam ainda mais o doente de possibilidades mais efetivas de tratamento.

O modelo tradicional de atenção em saúde mental, com raras exceções, mantém a família distante do processo de assistência psiquiátrica, o que contribui para que a aquisição de uma representação patogênica ou culposa da doença, objeto de introjeções e projeções para a dinâmica familiar. Pereira (2003) propõe que, para a permanência do doente mental no interior da família, há necessidade de rever a relação entre serviços, usuários e seus núcleos familiares. Esse fator é recorrente no discurso de vários agentes entrevistados, que afirmam a necessidade da família estar consciente da necessidade de sua participação é de extrema importância para a recuperação do doente mental.

Tem que orientar bastante a família né? A família, eu acho que é o foco principal daquele problema do doente mental. Então é o que ajuda mais (E04).

Spadini e Souza (2006) apontam que, para tratar o transtorno mental por meio da concepção de suas causas biológicas e psicológicas, há necessidade de uma assistência adequada para a ressocialização do doente, com apoio para este e para sua família.

É tratamento pra família. A família também precisa dos mesmos cuidados, para que ela possa

ter condições de aceitá-los e cuidar deles corretamente (E03).

Eu como trabalho na área da saúde e trabalho com educação, promoção e prevenção, acho que a família tem um papel fundamental na recuperação e na reabilitação desse paciente. Mas nem sempre a família tem essa consciência de que ela é uma peça fundamental para a recuperação desse paciente com distúrbio mental (E05).

De acordo com Pereira (2003) e Pegoraro e Caldana (2008), o peso do sofrer psíquico tem como consequência sua extensão à família, agravando a prática da tutela do doente, excluindo-o do convívio social e familiar. Para a construção de um serviço de atendimento em saúde mental mais abrangente ou menos reducionista, é importante a multiplicidade de atores e fatores para favorecer a ampliação entre as relações dos serviços de saúde, seus usuários, famílias e comunidade.

Demanda por capacitação

Nas entrevistas, os ACS afirmaram que ações enfocando o transtorno mental não são suficientemente abordadas nos programas de capacitação da ESF, o que, na maioria das vezes, significa impedimento de realizar um acolhimento adequado ao portador de transtorno mental e à sua família.

Uma vez que se deparam cotidianamente com demandas de assistência em saúde mental, é inquestionável o benefício que o ACS pode proporcionar, sendo intermediário no processo de reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental de sua área de cobertura. Pelo fato de possuir vínculo com o doente mental e sua família e ser conhecedor de sua história de vida, há chances maiores de minimização na resistência ao tratamento. Os profissionais entrevistados mostraram-se solidários e com prontidão para ajudar essas pessoas, mas não se sentem preparados.

Eu me sinto assim meio impotente, né, porque conforme a situação a gente consegue ajudar, conforme a situação não está no nosso alcance, né? (E21).

Olha! Eu como profissional de saúde me sinto um pouco insegura algumas vezes, porque não sei como posso ajudá-los (E05).

Assim medo eu não tenho, eu tenho muita insegurança, do que eu vou orientar, do que eu vou falar pra ela porque muitas vezes a pessoa está com esse problema, já está com o psicológico abalado, dependendo do que você fala, eles podem até levar ao contrário, então tem que ter muita cautela, até no jeito de você olha pra ela, de você falar, de você agir pra ela (E17).

O medo presente no dia a dia dos agentes entrevistados, que acaba por levá-los a não se aproximar do portador de transtorno mental, na maioria das vezes, está relacionado à insegurança decorrente da desinformação quanto ao diagnóstico e evolução da doença e não a atitudes excludentes. A reação de medo é desencadeada pelas dificuldades profissionais dos ACS, pela falta de capacitação e suporte de profissionais especializados para atender essa demanda na Atenção Básica.

Perdida! Por que tem vários tipos, então não sabe se ele é esquizofrênico, se ele é calmo, se ele é agressivo, eu não sei lidar, não sei diferenciar (E07).

A gente se sente fragilizado porque muitas vezes a gente não tem conhecimento até específico prá tá trabalhando, a gente não sabe... a gente só sabe que tem uma especialidade aqui na rede voltada pra essa área mas não sabemos como trabalhar, como conversar [...] como abordar (E12).

É importante, para os profissionais, saber desde a história da saúde mental, da reforma psiquiátrica, até compreender o sofrimento mental dos doentes, permitindo que a comunicação entre eles e os usuários se dê de forma mais construtiva (JUCA *et al.*, 2009).

Barros *et al.* (2009) concluem que o ACS deve ser visto como elemento estratégico no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, por sua capacidade de estabelecer e manter vínculos contínuos e

efetivos com a comunidade e por estar se apropriando de princípios e ferramentas consonantes com a reforma psiquiátrica. Para os autores,

os saberes e práticas dos ACS atuam como o campo das sínteses entre o saber científico e o saber popular, possibilitando a construção dialética de importantes estratégias de atenção à saúde mental. (p. 232).

Recursos para o tratamento da doença

As entrevistas mostraram a falta de entrosamento entre os dispositivos existentes de atenção no município, inviabilizando o sucesso do plano terapêutico. Eles apontaram a necessidade de maior articulação em relação ao funcionamento da rede de serviços de assistência à saúde mental, o que poderá favorecer a sustentação de uma política que contemple todas as particularidades dessa população.

Conforme Oliveira *et al.* (2008), o estabelecimento de vínculo terapêutico com a população atendida e o trabalho extra-hospitalar são algumas das motivações dos trabalhadores da equipe da ESF, uma vez que possibilitam o conhecimento e o acompanhamento do tratamento dessas pessoas.

Primeiro eu penso muito no acolhimento, né? Eu acho que depende muita da sua chegada depende muito, de você como ACS, eu posso dizer que eu vou dentro da casa das pessoas, eu tenho que saber tanto do doente mental como das outras pessoas, eu tenho que saber atender, chegar, conversar, ver o que necessita. Eu acho que primeiro, o primordial é isso (E04).

Mas assim você age com naturalidade, você tem que tratar ele não como: – Ah, ele é um doente mental... Eu tenho que trazer ele cada vez mais próximo para nossa realidade, não é verdade? Assim que ele... Penso, tratar ele, orientar, incentivar a estar se tratando, uns tem uma doença mental outros são hipertensos, outros são diabéticos. É uma doença não é verdade, então eu penso assim (E26).

Os agentes demonstraram saber sua importância no acolhimento, relatando a necessidade de aproximação com o portador de transtorno mental para atender suas demandas em relação ao vínculo terapêutico, socialização e incentivo ao tratamento.

Poucos foram os discursos que sugeriram a intervenção psiquiátrica como recurso primordial de tratamento para o doente, ressaltando a necessidade de equipe multidisciplinar no contexto das instituições básicas.

Eu acho que deveriam ter um acompanhamento mais de perto, é... psicólogo ou como que fala, uma atividade pra eles, né, porque são meio descentrados não tem muito, acho assim, eles se perdem um pouco né, não tem o que fazer, já são tratados diferentes pelas pessoas, são taxados como não dá pra fazer nada, mas não é assim! Eles são normais né? (E23).

Olha eles precisam de psiquiatra, psicólogo, terapia ocupacional. É no caso de paciente violento, agressivo, eu acredito que precisam de internação, que não seja uma internação assim, que fique pra sempre longe do familiar (E08).

Outro fator relevante apresentado na falas dos agentes é de que a medicação psiquiátrica não deve ser o único recurso de tratamento na assistência em saúde mental.

Porque só medicamento, não ajuda... porque com o medicamento eles ficam dependentes, eles vão ficar o resto da vida tomando medicamento? E daí? Não é verdade? Vão morrer tomando medicamento? Eu acho que se tivesse uma maneira que fizesse eles melhorarem através do psicológico e desses trabalhos que tem, da terapia do CAPS, eu acho que seria muito mais importante e hoje em dia representa que o medicamento está em primeiro lugar (E14).

Os agentes, em seus discursos, também sugeriram a possibilidade de um tratamento mais complexo, dentro de uma perspectiva ressocializante, humanizadora e eficaz, para o processo de desinstitucionalização, visando à participação

de uma equipe interdisciplinar, em conjunto com os recursos de assistência no município, e ações de integração social de base comunitária aliada ao tratamento psiquiátrico.

Primeiramente o médico, assistência médica, atividades... atividades como um curso de crochê, dança, pintura, até terapia na comunidade, dando oportunidade pra ela. Humanização da pessoa através da comunidade mesmo, né! Humanizar mais porque esse conceito de ela ser uma pessoa mental. Tratar ela como qualquer pessoa normal, dar carinho, dar amor, atenção...eles adoram atenção (E22).

Eu acho que primeiramente deveria ser o psicológico, pra fazer um estudo, pra vê do que está causando, do que está vindo esse problema, porque que está acontecendo isso, se começou agora ou se isso já é de tempo, a medicação, acho o psiquiatra já no caso acho que bem extremo, acho que um terapeuta ajudaria bem pra da uma qualidade de vida melhor (E17).

A rede compartilhada por meio da parceria entre os serviços de cuidados a saúde mental do município é imprescindível para atender as demandas de cuidados dessas pessoas, pois a integralidade da atenção requer a articulação de todos os setores e serviços existentes, para prestar assistência em saúde mental e permitir a coparticipação de todos os atores envolvidos no plano terapêutico e na vida comunitária (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O CAPS do município apresenta-se para os agentes comunitários como um importante recurso estratégico para a reinserção social dos portadores de transtornos mentais de suas áreas de abrangência.

Percebi que o CAPS está fazendo uma coisa boa pra ela, porque esse encontro deles, onde eles percebem que têm outras pessoas que vivem a mesma situação que eles, lá eles fazem várias atividades que ajudam a se comunicar, a perceberem que são importantes, que eles podem ser valorizados, apesar de todas as dificuldades deles, então o CAPS é um desses trabalhos, eu achei muito interessante! (E24).

Na percepção dos ACS há necessidade da efetivação de um projeto de reinserção social dessa população. O tratamento adequado, funcionando em uma rede compartilhada de serviços especializados em saúde mental e habilitada para a coparticipação profissional, divisão de responsabilidades e a utilização de recursos de base territorial e comunitária, poderá interromper e prevenir os episódios agudos e críticos de transtorno mental, impedindo internações psiquiátricas e reintegrando dessas pessoas à sua comunidade.

Considerações finais

A percepção do transtorno mental pelos ACS é representada ainda de forma que estigmatiza. Fica evidente a falta de informações relevantes em relação ao processo do adoecimento e sofrimento mental, a etimologia, o prognóstico e a evolução de transtorno mental, o que dificulta o manejo dessa população, sendo necessária capacitação profissional desses agentes para as atividades.

Quanto ao tratamento a ser dispensado ao portador de transtorno mental, foi sugerido, por parte dos sujeitos entrevistados, que esse cuidado seja dispensado de forma mais completa, abrangendo a assistência à família do doente e fornecendo apoio e suporte para seu envolvimento nas fases e episódios da doença. Sugeriram também que o portador de transtorno mental seja acompanhado por equipe interdisciplinar especializada, habilitada para tratar todas as consequências doença e, na medida do possível, suprir as necessidades acarretadas pela mesma.

Espera-se que os resultados encontrados possam servir de subsídio para a reflexão sobre o papel desses profissionais e sua capacitação, possibilitando que os atendimentos em saúde mental possam ser planejados e executados com eficiência e efetividade. A contribuição desse estudo está na compreensão dos conhecimentos do ACS sobre o transtorno mental, por meio do levantamento e da análise de opiniões relacionadas ao assunto, possibilitando a produção de conteúdo que possa auxiliar como parâmetro e direcionamento da capacitação dos agentes na ESF e para inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica. ■

Referências

- ARAÚJO, T.C.B.C.; MOREIRA, V.; CAVALCANTE JUNIOR, F.S. Sofrimento de Sávio: estigma de ser doente mental em Fortaleza. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008, p. 119-128.
- BARROS, M.M.M.; CHAGAS, M.I.O.; DIAS, M.S.A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 227-232.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, nov. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRYMAN, A.; BURGESS, R.G. *Analyzing qualitative data*. London: Routledge, 1999.
- DELGADO, P.G.; WEBER, R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 29, n. 2, 2007, p. 194-195.
- GALLETTI, M.C. *Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: UCG, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Itapeva – SP*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352240#>>. Acesso em: 17 ago. 2011.
- JUCA, V.J.S.; NUNES, M.O.N.; BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 173-182.
- KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2007, p. 1455-1461.
- LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, 2006, p. 448-456.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. *Ciência e Cuidado em Saúde*, Maringá, v. 7, n. 3, 2008, p. 376-384.
- PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 25, 2008, p. 295-307.
- PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, 2003, p. 71-82.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, fev. 2002, p. 75-96.
- SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 139-148.
- SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escola Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006, p. 123-127.

Recebido para publicação em Outubro/2011
 Versão definitiva em Março/2011
 Suporte financeiro: Não houve
 Conflito de interesses: Inexistente