



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva

O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental

UBERLÂNDIA

2015



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva

**O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre
usuários de saúde mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Rodrigo Sanches Peres
Co-orientador: Emerson Fernando Rasera

**UBERLÂNDIA
2015**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva

O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Rodrigo Sanches Peres

Co-orientador: Emerson Fernando Rasera

Banca Examinadora

Uberlândia, 26 de Maio de 2015

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Marcos Mariani Casadore

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Francisco Hashimoto

Universidade Estadual Paulista – Assis, SP

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, SP

UBERLÂNDIA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S586i
2015 Silva, Mariana de Abreu Barbosa Pereira da, 1988-
 O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre
usuários de saúde mental / Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva. -
2015.
 98 f. : il.

 Orientador: Rodrigo Sanches Peres.
 Coorientador: Emerson Fernando Rasera.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Inclui bibliografia.

 1. Psicologia - Teses. 2. Agentes comunitários de saúde - Teses. 3.
Família - Saúde e higiene - Teses. 4. Saúde pública - Teses. I. Peres,
Rodrigo Sanches. II. Rasera, Emerson F. \q (Emerson Fernando), \d
1972-. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem O qual, acredito, nada seria possível...

Aos meus pais, pelo incentivo à curiosidade, aos estudos e pelos ensinamentos de cuidado e respeito ao próximo. Pela solidariedade e generosidade. Pela ética profissional, pelo envolvimento com a militância e pela capacidade de olhar para, estar e se implicar com a comunidade. (Marcílio, *in memoriam*)

A meu namorado, pela companhia nas longas noites de leitura e escrita a fio. Pela calma nos momentos de desespero, por acreditar em mim e nessas minhas loucuras.

A meu orientador, por ter se aventurado comigo; sobretudo pela paciência, respeito e cuidado durante esse período; é sempre bom sabermos que não caminhamos sozinhos.

As ACSs que se disponibilizaram a participar desse estudo e que tão carinhosamente me acolheram. Pelo envolvimento, pelas reflexões e descobertas. Acredito nesses atores.

Ao professor Ricardo Wagner, com o qual pude ampliar meu fazer clínico, delirar com as discussões e apaixonar-me mais por esse campo.

A mim, por me indignar, me descobrir e me permitir ir além.

A “meus pacientes”, por me possibilitarem em cada encontro reafirmar esse fazer extramuros, criativo, inventivo, construído.

Às vivências e parcerias possibilitadas pelo período da Residência.

Às colegas de trabalho, que, nas reuniões, conversas e discussões, sempre fazer borbulhar esses afetos, caóticos, sensíveis, transformadores. Esse desejo de ir além.

Ao grupo 2 da RAPS e aos anfitriões pernambucanos, cujo encontro me fez lembrar da potência desse nosso fazer, das rodas, de estar com o outro, da política, da admiração e aceitação do diferente.

A essa clínica, itinerante, do encontro e da afetabilidade.

Silva, M. A. B. P. (2015). *O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Resumo: Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) se afiguram como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade no contexto da atenção primária em saúde, inclusive no que se refere à saúde mental. Porém, o imaginário coletivo das ACSs acerca de usuários de saúde mental pode dificultar a criação de um campo relacional terapêutico, na medida em que se refere, essencialmente, ao conjunto de crenças e imagens de um determinado grupo sobre um fenômeno ou população e, assim, sustenta suas condutas. O presente estudo tem como objetivo geral compreender o imaginário coletivo de um grupo de ACSs em relação aos usuários de saúde mental. Optou-se pela utilização de um método qualitativo, nomeadamente o método clínico-qualitativo. Foram considerados elegíveis para a participação no presente estudo os ACSs atuantes em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF) do município de Uberlândia-MG que, quando da coleta de dados, exerciam tal função há, pelo menos, seis meses. Todos os ACSs que preencheram este critério foram convidados a participar do presente estudo e aceitaram, sendo que todos eram do sexo feminino. A coleta de dados empregou como *locus* um grupo psicanalítico de discussão que teve como facilitadora a autora e como participantes as referidas ACSs e foi desenvolvido ao longo de quatro encontros de cerca de uma hora e vinte minutos de duração. Durante os encontros, foram abordados temas relacionados tanto à saúde mental em geral quanto à prática profissional junto aos usuários e as políticas públicas sobre o assunto. O *corpus* do presente estudo foi constituído pelas transcrições dos encontros do grupo psicanalítico de discussão, assim como pelas produções gráficas decorrentes do emprego dos recursos mediadores selecionados para seu desenvolvimento. Optou-se por analisar o *corpus* utilizando-se a interpretação psicanalítica enquanto procedimento metodológico com o intuito de viabilizar a identificação de seus significados latentes. A interpretação do *corpus* conduziu à captação de dois campos de sentido afetivo-emocional, que foram denominados, com base em relatos das participantes, da seguinte forma: (1) “Entre o dó e o medo” e (2) “Ser ou não ser... medicado?”. O primeiro campo de sentido afetivo-emocional foi organizado, em linhas gerais, a partir da crença de que os usuários de saúde mental se caracterizam por certa instabilidade e periculosidade. Já o segundo campo de sentido afetivo-emocional revela que as participantes reconhecem algumas possibilidades de cuidado junto a tal população, mas atribuem aos psicofármacos um lugar central na assistência em saúde mental. Além disso, os resultados obtidos foram interpretados mediante o recurso à noção de identificação enquanto operador conceitual psicanalítico, posto que foi circunscrito um denominador comum entre as participantes, conforme o imaginário coletivo das mesmas, e os usuários de saúde mental, sendo este delimitado, essencialmente, por uma marginalização social no contexto da saúde. O presente estudo, portanto, fornece elementos para a compreensão do imaginário coletivo de um grupo de ACSs em relação aos usuários de saúde mental. Todavia, os resultados obtidos não devem ser generalizados indiscriminadamente para outros ACSs ou para outros contextos, posto que demandam, por parte do leitor, uma ponderação cuidadosa sobre suas possibilidades de extensão.

Palavras-chave: Imaginário coletivo; Agente comunitário de saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde Pública; Psicologia da Saúde.

Silva, M. A. B. P. (2015). *The collective imaginary of community health agents about users of mental health*. Masters Dissertation, Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia, Uberlândia.

Abstract: Community Health Agents (ACSs – abbreviation in Portuguese) provide an essential link between health care teams and the community in the context of primary health care, including mental health care. However, the collective imaginary of ACSs about users mental health may hinder the creation of a therapeutic relational field to the extent that refers to a specific group's ensemble of beliefs and images concerning a particular phenomenon or population which, ultimately, supports its behavior. The present study seeks to understand the collective imaginary of a group of ACSs in relation to users of mental health by means of a qualitative method, specifically, the clinical-qualitative method. The subjects considered eligible for participation in this study were ACSs whom, at the time of the study, had worked for the Unit of Primary Attention to Family Health (UAPSF – abbreviation in Portuguese) in the municipality of Uberlândia, Minas Gerais, for at least six months. All the ACSs who met with this criteria were invited – and accepted – to take part in this study; all participants were female. The *locus* for data collection was a psychoanalytical discussion group in which the author was the moderator. The ACSs participated in four encounters, each of which lasted approximately an hour and twenty minutes. During these encounters, participants discussed themes related to mental health in general as well as professional practice together with the users and the public policies about this subject. The *corpus* was consisted by the transcripts of the encounters along with graphic production due to the use of the mediating resources chosen for its development. The *corpus* was subsequently analyzed via the psychoanalytical interpretation as a methodological procedure with the aim to enable the identification of the latent meanings. The interpretation of the *corpus* led to the captation of two fields of affective-emotional sense. Based on the participants' words, these fields were identified as follows: (1) "Between the pity and the fear" and (2) "To be or not to be... medicated". The first field of affective-emotional sense was organized around the belief that the users of mental health are characterized as presenting a certain degree of instability and danger. The second field of affective-emotional sense revealed that participants recognize some possibilities of caution for this population, but emphasize psychotropics as central to such mental health assistance. Additionally, the obtained results were interpreted by recurring to the notion of identification while psychoanalytical conceptual operator because was identified a common denominator between the participants in accordance with her collective imaginary, and the users of mental health. This last one was delimited essentially by a social marginalization in the context of health. Ultimately, the present study provides elements that allow for the understanding of the collective imaginary from an ACSs group in relation to users of mental health. However, the results obtained can not be generalized indiscriminately to the other ACSs or to the other contexts because they demand, by the reader's side, a cautious attention about the possibilities of extension.

Keywords: Collective imaginary; Community health agent; Family health strategy; Public health; Health psychology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	09
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Saúde pública, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.....	12
1.2 Saúde mental, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.....	18
1.3 Imaginário coletivo: definição e pesquisa com variados grupos sociais	22
2. OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos	25
3. MÉTODO.....	26
3.1 Desenho metodológico	26
3.2 Participantes	26
3.3 Coleta de dados	27
3.4 Análise de dados	29
4. CUIDADOS ÉTICOS.....	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 Recursos mediadores.....	32

5.1.1 Primeiro encontro	32
5.1.2 Segundo encontro	34
5.1.3 Terceiro encontro	35
5.1.4 Quarto encontro	36
5.2 Campos de sentido afetivo-emocional	37
5.2.1 “Entre o dó e o medo”	38
5.2.2 “Ser ou não ser... medicado?”	51
6. SÍNTESE INTERPRETATIVA.....	64
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS E APÊNDICES.....	83
Anexo A	84
Anexo B	86
Apêndice A	92
Apêndice B	95

APRESENTAÇÃO

Acredito que meu interesse pela Psicologia, mais especificamente, pela saúde mental começou cedo: a partir da curiosidade despertada pelos livros da estante de casa; dos encontros de colegas de trabalho de minha mãe, também psicóloga; de quando ela contava sobre o trabalho. Anos mais tarde, nas cadeiras da graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), o interesse começou a tomar “corpo” junto com a disciplina de Psicopatologia, por meio da qual visitei a Enfermaria de Psiquiatria e o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi). Contudo, o olhar ainda mirava sobremaneira o patológico, até mesmo porque não havia na época disciplinas na graduação em Psicologia voltadas para a saúde pública e suas peculiaridades.

Pensei fazer parte do Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET-Saúde), mas este me parecia uma possibilidade distante. E que de fato tornou-se até novo encontro, já no oitavo período, quando iniciei uma disciplina optativa com um professor recém-chegado, Ricardo Wagner Machado da Silveira, e comecei a conhecer sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), Clínica Ampliada, Redução de Danos, Projeto Terapêutico Singular, etc. E a cada leitura, a cada discussão, a cada nova descoberta, reavivava-se em mim o desejo de mergulhar nessa temática.

A partir desse novo encontro, tive a oportunidade de, junto a esse professor, realizar um projeto de extensão sobre Redutores de Danos, participar de grupos de estudos, reuniões de pesquisa e de um estágio de Acompanhante Terapêutico, comunicando-me, nesse momento, com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad). Comecei a entender de um processo, e não apenas de uma dicotomia, comecei a aprender a olhar para potencialidades e recursos na singularidade.

No último ano de minha graduação, a UFU recebia a primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). E, dentre as áreas do Programa, lá estava a saúde mental. Era fato o meu interesse pela academia, mas era fato também a necessidade de vivenciar e mergulhar em uma realidade concreta, cotidiana, antes de voltar-me para o campo da pesquisa/ensino.

No ano seguinte, ingressei no Programa de Residência. Mas, infelizmente, meu grupo, composto também por uma enfermeira e uma assistente social, não teve a mesma sorte que o anterior: perto do final do nosso primeiro ano, em que percorremos diversas enfermarias do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) e a rede de saúde, passando por Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com e sem Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), o município fechou as portas da saúde para estagiários e residentes. Com isso, no segundo ano do Programa, nossa área de atuação ficou restrita à Enfermaria de Psiquiatria do HCU e ao CAPSad, vinculado à UFU.

Além disso, devido a questões específicas do Programa de Residência, não foi possível, em contraste com o que seria meu projeto inicial, abordar em meu trabalho de conclusão de curso as vivências de familiares de pessoas em sofrimento psíquico. Dessa forma, dei uma nova roupagem a esse projeto e voltei-me àqueles que estão próximos das famílias e que possuem papel importantíssimo nessa rede de saúde: os agentes comunitários de saúde (ACSs). Se eles adentram as casas, circulam pelo território e apresentam-se como líderes comunitários, aproximando saúde e comunidade, seria importante tentar compreender o que os mesmos pensam acerca do sofrimento psíquico e das pessoas que os vivenciam em seus diferentes aspectos.

Com meu trabalho de conclusão de curso, foi possível perceber que os ACSs com os quais tive contato possuíam um discurso um tanto quanto moralizante, ora condizente e ora contraditório quanto aos aspectos defendidos pelo Movimento da Luta Antimanicomial e pela

Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com isso, não se apropriavam, de fato, das propostas defendidas por esse “novo olhar” para as pessoas em sofrimento psíquico.

Ao término do Programa de Residência, ingressei na Secretaria de Saúde de Uberlândia, especificamente em unidades de saúde com ESF, como técnica de referência em saúde mental/apoiadora matricial. Nesse novo espaço, ao mesmo tempo em que vivencio as contradições e a construção da atuação do psicólogo na saúde pública, em uma tentativa de amadurecer o estar nesse lugar, também vivencio junto às equipes e famílias acompanhadas as potencialidades e dificuldades quanto ao campo da saúde mental.

Nesse sentido, sabendo que, enquanto técnica de referência, devo auxiliar as equipes na apropriação de noções básicas em saúde mental, assim como, dar suporte para que fortaleçam o cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, entendo que tal função não se restringe a capacitações, pois perpassa questões subjetivas. E considero a singularidade dos ACSs dentre os membros das equipes quando penso no cuidado em saúde, uma vez que estes são profissionais de saúde e também membros da comunidade a que oferecem cuidado, constituindo-se, assim espera-se, um elo entre aqueles.

Foi nesse contexto que o presente estudo foi concebido, a partir do meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do início do meu trabalho com o professor Rodrigo Sanches Peres. Como será detalhado posteriormente, este estudo teve como objetivo investigar, em um grupo de ACSs, o conjunto de crenças, emoções e imagens – isto é, o imaginário coletivo – sobre a saúde mental, as pessoas em sofrimento psíquico e a assistência em saúde oferecida às mesmas. Dessa forma, optei pela realização de um grupo psicanalítico de discussão como *locus* para a coleta de dados, o qual foi composto de quatro encontros, sendo que, ao longo destes, foram selecionados alguns recursos mediadores com o intuito de fomentar a reflexão sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Saúde pública, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, a saúde passa a ser considerada como direito de todos e compreendida como resultante de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, educação, lazer, meio ambiente, trabalho, renda e acesso a bens e serviços essenciais, dentre outros (Brasil, 1988). Nesse contexto, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, assim como nos princípios organizativos da regionalização, hierarquização, descentralização e controle social. Trata-se, conforme Cohn e Elias (2003), do maior projeto da chamada Reforma Sanitária Brasileira.

O SUS ainda estabelece a organização da saúde em três níveis de atenção e, alinhando-se às diretrizes da Declaração de Alma-Ata¹ (Organização Mundial da Saúde, 2002a) e da Carta de Ottawa² (Organização Mundial da Saúde, 2002b), publicadas originalmente em 1978 e 1986, respectivamente, enfatiza a centralidade da promoção da saúde e a relevância da participação popular para sua efetivação. Ocorre que a Atenção Primária em Saúde (APS), ou Atenção Básica em Saúde (ABS), possibilita se bem estabelecida, um melhor funcionamento de todo o sistema de saúde.

¹ A Declaração de Alma-Ata consolidou a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, ocorrida em setembro de 1978 na cidade que deu o nome a tal documento. Este evento salientou a importância de os cuidados primários em saúde serem desenvolvidos e aplicados mundialmente de maneira cooperativa. Nesse sentido, convocou a comunidade, trabalhadores da área da saúde, governos, organizações não-governamentais e agências financeiras a assumir tal compromisso, bem como apontou a saúde como a meta social mundial mais importante e dependente de ações intersetoriais. Além disso, a Declaração de Alma-Ata reafirmou a saúde como direito e dever cível e governamental, atrelado ao nível sócio-econômico e cultural dos países.

² A Carta de Ottawa se afigura como uma carta de intenções elaborada a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986 na cidade que deu nome a tal documento. A Conferência constituiu-se como resposta às expectativas referentes à saúde pública, considerando os progressos obtidos a partir de eventos anteriores. A Carta de Ottawa define a Promoção da Saúde, basicamente, como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde” (Organização Mundial da Saúde, 1986, p. 19). Além disso, aponta pré-requisitos para a saúde que se farão presentes posteriormente na Constituição Brasileira de 1988 ao destacar, por exemplo, a equidade e a regionalização como elementos indissociáveis a esse processo.

De acordo com a Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011³, a Atenção Básica

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. [...]. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...] (Brasil, 2012, pp. 19-20)

Segundo Starfield (2002), a APS⁴ oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas sociais de saúde em mudança, devendo-lhe ser próprias a flexibilidade e capacidade de resolvê-los. Enquanto na atenção especializada impera a lógica do encaminhamento, a qual pressupõe que um profissional – sobretudo médico – realiza um trabalho diagnóstico que conduzirá a intervenções fisiopatológicas, na APS o paciente deve ser conhecido pela equipe de saúde como um todo, a qual, encontrando-se mais próxima de seu cotidiano, poderá levar em consideração os múltiplos fatores determinantes do processo saúde-doença na definição de intervenções. Nesse sentido, a APS deve, para a referida autora, diferenciar-se “da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária)” (Starfield, 2002, p. 29) por lidar com problemas comuns e menos claros – mas não menos complexos – presentes na vivência

³ Esta portaria estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Contudo, importante salientar que, as normas expedidas pelo Ministério da Saúde com amparo na portaria anterior, qual seja, a Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006, permanecem em vigor desde que não conflitem com as disposições constantes na portaria atual.

⁴ A autora em questão privilegia o termo Atenção Primária em Saúde, em detrimento do termo Atenção Básica em Saúde. Já o Ministério da Saúde considera os termos como equivalentes.

comunitária, assim como pelo livre acesso dos paciente a esse nível, de forma longitudinal, diversificada e preventiva.

A Portaria GM nº 2488 também estabelece que a expansão e a consolidação da APS perpassam, prioritariamente, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contudo, tal documento admite a possibilidade de determinadas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) desenvolverem ações de ABS a despeito de não adotarem a ESF, desde que ofereçam assistência a uma população adscrita de até 18.000 habitantes (nos grandes centros urbanos) e se localizem dentro do território pelo qual possuem responsabilidade sanitária. Já para as UBSs que adotam a ESF, o parâmetro é de 12.000 habitantes (nos grandes centros urbanos).

Vale destacar que para efetivar as suas responsabilidades, uma equipe da ESF deverá ser composta, minimamente, por um médico e um enfermeiro, ambos generalistas ou especialistas em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs). Se ampliada, uma equipe da ESF contará com uma equipe de saúde bucal, da qual podem fazer parte um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar em saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deverá ser responsável por até 4.000 pessoas, contudo o número de pessoas acompanhadas será menor quanto maior for o grau de vulnerabilidade do território. Respeitando-se ainda o limite máximo de pessoas por equipe, recomenda-se que o número de ACSs seja suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, considerando o máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por equipe de Saúde da Família (Brasil, 2012).

Os ACSs desempenham um papel de extrema relevância no contexto da ESF, na medida em que se afiguram como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, atuando em prol da prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um profissional *sui generis*, uma vez que apresenta um perfil diferente do servidor público clássico, tanto por ser oriundo da própria comunidade quanto por lhe caber o exercício de liderança entre seus pares. É

preciso salientar também que a profissão de ACS é relativamente recente, posto que foi proposta originalmente por meio do Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999 (Brasil, 1999), tendo sido regulamentada, inicialmente, quase três anos depois, com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (Brasil, 2002a).

Os ACSs não necessariamente precisam apresentar qualificação técnica em saúde, pois o conhecimento da realidade social que os cerca será mais fundamental em seu trabalho, assim como a solidariedade e a liderança junto à comunidade. Nesse sentido, considera-se que seria pouco resolutivo um ACS muito preparado tecnicamente, porém sem credibilidade na população adscrita (Brasil, 2002b). De qualquer forma, vale ressaltar que, de acordo com a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Brasil, 2006), para trabalhar como ACS é necessário residir na área de abrangência, no mínimo, desde a data de publicação do edital de seleção, assim como ter concluído o ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada. Este curso, a propósito, fica a cargo do enfermeiro – coordenador da equipe de saúde da família – e é realizado sob a forma de educação em serviço. Além disso, geralmente é restrito aos problemas locais, pautado em material educativo estruturado em função das atividades a serem realizadas e avaliado em função do desempenho em tais atividades (Morosini, Corbo & Guimarães, 2007).

Contudo, considerando a complexidade do trabalho dos ACSs, em 2004 foi proposto o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Área Profissional Saúde”, fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (Brasil, 2004). Trata-se de um manual que prevê um curso com itinerário formativo de, no mínimo, 1.200 horas, distribuídas em três etapas, visando à profissionalização técnica e concomitante aumento da escolarização dos ACSs, sem deixar de considerar o caráter formativo do serviço. A primeira etapa constitui-se como formação inicial e deve possibilitar uma aproximação com o trabalho. Já a segunda etapa volta-se para o desenvolvimento de

competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidas a populações específicas. A terceira etapa, por fim, foca as situações de risco ambiental e sanitário. Vale destacar ainda que, conforme o manual, os cursos ficariam a cargo da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS).

No cotidiano de seu trabalho, os ACSs são supervisionados pelo enfermeiro coordenador da equipe de saúde da família, o qual deve acompanhar a atuação e, se necessário, reorientar as ações dos mesmos de acordo com as necessidades identificadas na comunidade. Dentre outras, são atribuições do ACS, conforme dispõe a Portaria GM nº 2488 (Brasil, 2012) e da Lei nº 11.350 (Brasil, 2006): (1) promover a integração entre a população e a equipe de saúde; (2) trabalhar com a microárea enquanto unidade operacional; (3) realizar o cadastro familiar e mantê-lo atualizado; (4) desenvolver ações educativas, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção de doenças; (5) realizar visitas domiciliares e (6) orientar as famílias quanto aos serviços de saúde disponíveis.

Além dessas atribuições, vale destacar que algumas outras são compartilhadas pelos ACSs com os demais membros da equipe, a saber: (1) participar do processo de territorialização e mapeamento da área a fim de identificar situações de risco; (2) realizar ações de atenção integral conforme as necessidades da população e diretrizes previstas pela gestão local; (3) garantir a integralidade da atenção em saúde; (4) realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos de importância local/notificação compulsória; (6) realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado e o estabelecimento de vínculo; (7) manter a assistência em saúde à população da área, mesmo quando esta necessitar de outros serviços da rede; (8) participar de atividades de educação permanente e de atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe e (9) promover a mobilização e a participação comunitária (Brasil, 2012).

Para que todas essas ações possam ser desenvolvidas de maneira apropriada, é importante que haja uma integração consistente dos ACSs com a equipe de saúde e um trabalho voltado para a Educação Permanente em Saúde. Entretanto, operacionalizar a formação técnica dos ACSs não se constitui facilmente, visto que suas atividades são complexas e transcendem o setor da saúde por lidarem com questões referentes à política, organização de grupos, condições de vida e cidadania. Nesse sentido, tanto Cardoso e Nascimento (2010) quanto Jardim e Lancman (2009) ressaltam as dificuldades inerentes a este papel, uma vez que os ACSs, por residirem na mesma comunidade em que trabalham, deveriam representá-la junto aos serviços de saúde e demais órgãos públicos, reiterando sua função de agentes transformadores.

É importante destacar que muitos ACSs comumente relatam uma sensação de orgulho ao compararem seus conhecimentos com os demais membros da comunidade. Entretanto, ao compará-los com os de outros profissionais de saúde, sobretudo de nível superior, tendem a desvalorizar seus saberes e, com isso, a avaliar negativamente a própria formação. Tal situação tende a ser geradora de ansiedade para os ACSs e a prejudicar a interação destes com os demais profissionais de saúde, o que criaria obstáculos para a integração da equipe de saúde como um todo. Assim, potencializaria dificuldades associadas à inexistência de uma definição mais clara do papel dos ACSs enquanto categoria profissional (Nunes, Trad, Almeida, Homem & Melo, 2002).

Até mesmo por conta disso, a depender do contexto, os ACSs podem, erroneamente, vir a ocupar o lugar de anteparo do sistema de saúde a partir da suposta aquisição de conhecimentos técnicos referentes ao processo saúde-doença, reproduzindo, assim, o saber científico e assumindo um caráter fiscalizador e hierárquico. Além disso, os ACSs comumente vivenciam ambiguidades importantes no exercício de suas atividades, posto que são trabalhadores do sistema de saúde e defendem os interesses de sua categoria profissional,

ao mesmo tempo em que são usuários e, assim, dependentes das condições deste mesmo sistema. Ressalte-se, por fim, que os ACSs ainda enfrentam dificuldades concernentes à sua inclusão na equipe de saúde quando os espaços de comunicação se mantêm verticalizados. Nesse sentido, a superação do desafio de exercer um mero papel de “polícia sanitária” é perpassada pela revisão dessa relação estabelecida no interior das equipes de saúde (Cardoso & Nascimento, 2010; Jardim & Lancman, 2009; Gomes, Cotta, Cherchiglia, & Batista, 2009).

1.2. Saúde mental, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

Todas as mudanças processadas nos anos 1980 no âmbito da saúde pública no país, em maior ou menor grau, se estenderam também ao campo da saúde mental. Nesse sentido, como apontam Tanaka e Ribeiro (2009), é possível estabelecer uma interlocução entre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPS). Porém, esta última foi consolidada somente com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001), ou seja, 13 anos após a criação do SUS, bem como, conforme será detalhado adiante, mais de 20 anos após o início dos movimentos que a desencadearam, o que evidencia de antemão que dificuldades importantes permearam sua implementação.

Para que se compreenda a natureza destas dificuldades, é preciso levar em consideração que, na década de 1970, os gastos com internações psiquiátricas ocupavam o segundo lugar dentre as despesas do Ministério da Saúde com internações em geral. Contudo, as condições dos hospitais psiquiátricos eram precárias e outras formas de assistência em saúde mental eram escassas. Tal situação motivou o surgimento de denúncias e críticas, de forma que certos segmentos sociais se organizaram e se articularam com movimentos sociais de outros países. Sendo assim, em 1979, quando do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as discussões sobre o campo da saúde mental alcançaram efetivamente a opinião pública, o que

fez com que a luta por uma Reforma Psiquiátrica Brasileira mais incisiva começasse a ganhar mais força (Minas Gerais, 2006).

O objetivo básico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirado sobretudo na Reforma Psiquiátrica Italiana, era a superação do modelo hospitalocêntrico até então vigente. Logo, defendia a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais institucionalizados, a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e, sobretudo, a implantação de uma rede comunitária de serviços substitutivos em saúde mental (Tanaka & Ribeiro, 2009). Portanto, buscava-se, em última instância, a inserção social e política desse grupo (Albuquerque, 2010). Nesse sentido, Paulo Delgado, em entrevista publicada por Singer (2005), sustenta que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se estruturou como um movimento social que, essencialmente, preconizava uma transformação das concepções sobre a loucura.

Para que tal movimento pudesse atingir êxito, a participação civil foi fundamental, visto que familiares e usuários se aliaram aos trabalhadores de saúde mental em prol da superação do modelo hospitalocêntrico. Conforme Ferreira Neto (2010), esta é a principal diferença entre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Reforma Sanitária Brasileira. Ocorre que a primeira evoluiu com autonomia em relação ao Estado, ao passo que a segunda adotou como tática a ocupação da máquina estatal. Ou seja: a Reforma Sanitária Brasileira se desenvolveu como se fosse oriunda do próprio Estado, o que nunca ocorreu com a primeira e pode ter dificultado sua implementação, porém foi benéfico no sentido de preservar seu caráter social.

Reforçando o que a RPB já vinha defendendo, a Declaração de Caracas⁵, publicada em 1990, estabeleceu que a reestruturação da atenção em saúde mental demandaria uma articulação com a atenção primária em saúde. Desse modo, segundo tal documento, a atenção

⁵ Com a Declaração de Caracas, os países da América comprometeram-se a reestruturar a assistência em saúde mental e reconheceram que a mesma, por seu caráter hospitalocêntrico, não operava em conformidade com os objetivos de uma atenção comunitária integral, participativa e descentralizada, em contraste com o que fora preconizado em documentos anteriores.

em saúde mental deveria salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos usuários e priorizar sua permanência em meio comunitário. Para tanto, seria essencial a revisão do papel desempenhado pelo aparato asilar, a criação de serviços substitutivos capazes de viabilizar a reabilitação psicossocial dos usuários e a capacitação de recursos humanos para a atuação conforme um novo modelo assistencial (Organização Mundial da Saúde, 1990). Logo, a adesão do governo brasileiro à Declaração de Caracas representou o marco inicial do processo legal da reestruturação da assistência em saúde mental no país (Minas Gerais, 2006).

Considerando isso e, conforme mencionado anteriormente, a organização da APS deve ser orientada prioritariamente pela ESF. Nesse sentido, se, por um lado, a reestruturação da atenção em saúde mental preconiza estratégias de desinstitucionalização e, por outro, a ESF – como já mencionado – é orientada à comunidade, conclui-se que a APS se destaca como um nível de atenção privilegiado para desenvolvimento de ações de saúde mental. Justamente em função disso, segundo Tanaka e Ribeiro (2009), desde 2001 diversos documentos foram elaborados pela Coordenação Geral da Saúde Mental do Ministério da Saúde estabelecendo diretrizes para a articulação entre a APS e a saúde mental. Vale destacar que tais documentos foram inspirados em orientações da Organização Mundial da Saúde e preconizam, dentre outras ações, o apoio matricial às equipes da ESF.

Os referidos autores, assim, defendem que a APS é capaz de viabilizar ações de saúde mental, quer seja detectando queixas relativas ao sofrimento psíquico e promovendo seu acolhimento, bem como oferecendo tratamento neste mesmo nível ou realizando encaminhamentos para serviços especializados (Tanaka & Ribeiro, 2009). Ampliando esse raciocínio, Lancetti e Amarante afirmam, inclusive, que a ESF é “um programa de saúde mental” (2009, p. 629) e argumentam em defesa de tal afirmação destacando que a mesma, por apresentar um grande poder de inserção no território e proporcionar a continuidade do

cuidado, se alinha diretamente à Reforma Psiquiátrica Brasileira por possibilitar a criação de um campo relacional potencialmente terapêutico entre usuários e profissionais de saúde.

Com o intuito de fortalecer a inserção da ESF na rede de serviços e, conseqüentemente, ampliar o alcance das ações de APS, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Estes devem ser constituídos por equipes de profissionais de saúde de nível superior de diferentes áreas que devem atuar em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da família. Ressalte-se que os NASFs devem operar considerando, dentre outras, certas ferramentas, tais como o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular e a Clínica Ampliada. Além disso, constituem-se a partir de nove áreas estratégicas, sendo que uma delas é justamente a saúde mental (Brasil, 2010a).

É preciso salientar, portanto, que o trabalho dos ACSs é de extrema importância para que ações de saúde mental possam ser desenvolvidas satisfatoriamente na ESF. Ocorre que, para Lancetti e Amarante (2009), os mesmos, principalmente por serem membros da comunidade em que atuam, muitas vezes apresentam um poder vinculador maior do que os demais profissionais de saúde. Porém, estereótipos e preconceitos tanto social quanto culturalmente construídos acerca dos usuários de saúde mental podem implicar em resistências e dificuldades por parte dos ACSs e, assim, comprometer a qualidade do trabalho desenvolvido junto a tal população.

Nesses casos, a oferta de Apoio Matricial ou o suporte viabilizado pelas equipes dos NASFs, se restrita ao campo técnico, tende a ser pouco resolutiva, uma vez que não se trata apenas de uma dificuldade de natureza prática. Trata-se, pois, de uma questão essencialmente subjetiva, na medida em que “não é possível fazer clínica COM o outro sem lidar CONSIGO mesmo” (Brasil, 2010a, p. 27). Portanto, é preciso que se dedique atenção especial ao campo relacional que se estabelece entre usuários de saúde mental e ACSs, para que a proximidade

existente entre ambos em termos geográficos não se converta em distanciamento em termos relacionais. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi concebido levando-se em consideração esta premissa e será apresentado mais adiante. Mas já aqui é preciso abordar o conceito de imaginário coletivo, que ocupa lugar central no presente estudo.

1.3. Imaginário coletivo: definição e pesquisa com variados grupos sociais

Em termos psicanalíticos, o imaginário coletivo pode ser entendido como um “conjunto de crenças, emoções e imagens que um determinado grupo produz acerca de um fenômeno” (Montezi, Zia, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 300). Mais especificamente, é possível afirmar que o imaginário coletivo, embora se expresse no contexto da intersubjetividade, tende a influenciar a atuação no mundo externo por sustentar condutas humanas (Aiello-Vaisberg, Montezi, Tachibana & Zia, 2011; Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011). E, segundo Bleger, as condutas humanas se referem, em um sentido mais amplo, às variadas manifestações humanas que ocorrem em um contexto de vínculos. Portanto, a noção de imaginário coletivo, em sua acepção psicanalítica, se articula com a noção de conduta conforme proposta pelo referido autor, na medida em que alude a expressões simbólicas de subjetividades grupais.

Ressalte-se também que a acepção psicanalítica da noção de imaginário coletivo surge do diálogo e da crítica ao conceito de representações sociais, o qual diz respeito, conforme a definição de Jodelet (2001), a uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, cujo objetivo é a compreensão de um determinado contexto social⁶. Contudo, diversos autores entendem que os estudos sobre representações sociais tornaram-se cada vez mais abstratos ao valorizarem demasiadamente o processo de formação das representações, desconsiderando, conseqüentemente, suas dimensões afetivo-emocionais (Aiello-Vaisberg,

⁶ Um aprofundamento sobre o conceito de representações sociais foge ao escopo do presente estudo, mas pode ser encontrado em Spink (1993).

1999; Russo, 2008; Gallo-Belluzzo, 2011). Torna-se possível, assim, demarcar uma divergência entre a noção de imaginário coletivo e o conceito de representações sociais, em que pese o fato de tanto um quanto o outro versarem sobre as manifestações coletivas e considerarem que “o indivíduo habita um mundo marcado igualmente pela realidade objetiva e pela subjetividade do indivíduo” (Tachibana, 2011, p. 32).

Diversos estudos têm sido realizados no país a partir da exploração do conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica, o que confere ao mesmo uma importância crescente no campo da pesquisa em Psicologia. A seguir, serão mencionados alguns desses estudos, buscando-se evidenciar a variedade de grupos sociais nos quais se enquadram seus participantes. Em um deles, Barreto (2006) investigou o imaginário coletivo de adolescentes, especificamente acerca da possibilidade de saída da casa dos pais. Martins (2007) se ocupou do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas. Já Gonçalves (2008) e Russo (2008), respectivamente, exploraram o imaginário coletivo de professores de ioga sobre equilíbrio psicológico e de estudantes de Educação Física sobre pessoas com deficiência. Ávila (2008), por sua vez, investigou o imaginário coletivo de professores de ensino superior sobre inclusão escolar.

Além disso, Corbett (2009) e Gallo-Belluzzo (2011) pesquisaram o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia, esta sobre o primeiro atendimento clínico e aquela sobre sexualidade. Pontes (2011) voltou-se para o estudo do imaginário coletivo de profissionais da área de saúde mental sobre o adolescente contemporâneo, ao passo que Tachibana (2011) explorou o assunto junto à equipe de enfermagem obstétrica no que tange à mulher cuja gravidez foi interrompida. Já Davanço (2012) trabalhou com homicidas réus confessos e teve como objetivo compreender o imaginário coletivo acerca do ato de matar. Por fim, Simões (2012) investigou o imaginário coletivo de trabalhadores da saúde mental sobre pacientes em tratamento psiquiátrico e a pesquisa de Zia (2012) teve como participantes educadores

inclusivos e como foco o imaginário coletivo acerca do ser professor em tempos de inclusão escolar.

A despeito da diversidade existente entre os referidos estudos no que diz respeito aos grupos sociais nos quais se enquadram seus participantes, os mesmos apresentam um desenho metodológico compatível. Ocorre, em primeiro lugar, que o método qualitativo foi adotado em todos eles. Em segundo lugar, uma situação grupal foi empregada como *locus* preferencial para a coleta de dados. Em terceiro lugar, por fim, a utilização do Desenho-Estória com Tema como recurso de mediação foi recorrente. Desse modo, optou-se, no desenvolvimento do presente estudo, por privilegiar um desenho metodológico semelhante, como será detalhado adiante.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o imaginário coletivo de um grupo de ACSs em relação aos usuários de saúde mental.

2.2. Objetivos específicos

O presente estudo tem como objetivos específicos compreender o imaginário coletivo da população em questão em relação aos usuários de saúde mental, bem como acerca da prática profissional junto aos mesmos e das políticas públicas sobre saúde mental.

3. MÉTODO

3.1. Desenho metodológico

Optou-se, no presente estudo, pela utilização de um método qualitativo, nomeadamente o método clínico-qualitativo. Conforme Turato (2005), o principal objetivo dos métodos qualitativos é a compreensão dos significados que os fenômenos adquirem para as pessoas que os vivenciam, pois tais significados possuem função estruturante e organizadora, seja a nível particular ou coletivo. Desse modo, os métodos qualitativos – em contraste com os métodos quantitativos – não visam ao estabelecimento matemático de relações causa-efeito e não demandam amostras estatisticamente representativas de uma certa população, mas, sim, o estudo aprofundado de sujeitos buscados propositalmente pela proximidade com o problema em foco. Ainda segundo o referido autor, o método clínico-qualitativo, mais especificamente, representa “uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos [...], porém voltado especificamente para os *settings* das vivências em saúde” (Turato, 2005, p. 510).

3.2. Participantes

Foram considerados elegíveis para a participação no presente estudo os ACSs atuantes em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF⁷) do distrito sanitário Oeste do município de Uberlândia-MG que, quando da coleta de dados, exerciam tal função há, pelo menos, seis meses. Todos os ACSs que preencheram este critério foram convidados a participar do presente estudo e aceitaram. A Tabela 1 apresenta uma caracterização básica dos mesmos e revela que todos eram do sexo feminino⁸, bem como que a maioria era casada, com

⁷ No município de Uberlândia utiliza-se tal nomenclatura, de forma que se optou por empregá-la no presente estudo.

⁸ Por essa razão, ao longo do presente estudo será empregado o substantivo feminino para fazer referência às mesmas.

idade entre 43 e 57 anos, possuía Ensino Médio completo, atuava na referida unidade há pelo menos quatro anos e ingressou no trabalho por meio de indicação e/ou processo seletivo.

3.3. Coleta de dados

A coleta de dados do presente estudo empregou como *locus* um grupo psicanalítico de discussão, o qual teve como facilitadora a autora e como participantes as ACSs da já referida UAPSF. No total, o grupo teve quatro encontros de cerca de uma hora e vinte minutos de duração, nos quais foram abordados temas relacionados tanto à saúde mental em geral quanto à prática profissional junto aos usuários e as políticas públicas sobre o assunto. Os encontros ocorreram sempre na UAPSF em que as ACSs atuavam, durante o turno de trabalho das mesmas e em datas e horários previamente definidos de comum acordo. Todos os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos para fins de análise.

É preciso esclarecer que o grupo psicanalítico de discussão, conforme Fernandes, pode ser enquadrado como uma modalidade de grupo operativo, pois possui como objetivo “esclarecer temas, situações, tarefas e vicissitudes em sua realização, proporcionando assim, algum aprendizado que favoreça o progresso daquelas pessoas, individualmente ou como equipe” (2003, p. 87). Nesse sentido, o grupo psicanalítico de discussão assume como tarefa o compartilhamento horizontal de ideias, fazendo circular o saber e a prática de cada um. Mas, segundo Emílio (2010), os encontros de um grupo psicanalítico de discussão sempre partem de uma situação disparadora previamente definida pelo coordenador com o intuito de funcionar como recurso mediador e, assim, minimizar as ansiedades dos participantes e fornecer elementos para as discussões que serão desenvolvidas a seguir.

Tabela 1.

Caracterização das Participantes em Termos de Sexo, Idade, Escolaridade, Estado Civil/Filhos, Experiência e Ingresso na UAPSF

Profissional	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil / Filhos	Experiência na UAPSF	Ingresso na UAPSF
Margarida	Feminino	57 anos	Ensino Médio completo	Casada / 4 filhos	4 anos	Indicação/processo seletivo
Rosa	Feminino	57 anos	Ensino Médio completo	Casada / 3 filhos	4 anos	Indicação
Iris	Feminino	46 anos	Ensino Médio completo	Casada / 2 filhos	9 anos	Processo seletivo
Violeta	Feminino	43 anos	Ensino Médio completo	Casada / 2 filhos	6 anos	Indicação/processo seletivo
Flor	Feminino	35 anos	Ensino Médio completo	Casada / 2 filhos	3 anos	Indicação/processo seletivo
Begônia	Feminino	33 anos	Ensino Médio completo	Solteira / Sem filhos	4 anos	Indicação

As situações disparadoras podem variar muito em função das características dos participantes e do tema em pauta no grupo, ainda de acordo com Emílio (2010). E a referida autora salienta também que, para além da utilização de situações disparadoras, os grupos psicanalíticos de discussão apresentam outras especificidades em relação aos grupos operativos por serem limitados no tempo, admitirem formas de constituição mais variadas – sendo que os participantes e o coordenador podem ou não se conhecer previamente – e envolverem um número maior ou menor de participantes, dependendo de suas finalidades específicas. E há que se ressaltar que, em um grupo psicanalítico de discussão, como sua própria nomenclatura sugere, aportes teóricos psicanalíticos são empregados para a compreensão dos processos grupais, ainda que técnicas psicanalíticas não sejam diretamente utilizadas pelo coordenador para o manejo do grupo.

3.4. Análise de dados

O *corpus* do presente estudo foi constituído pelas transcrições dos encontros do grupo psicanalítico de discussão, assim como pelas produções gráficas decorrentes do emprego dos recursos mediadores selecionados para seu desenvolvimento. Optou-se por analisar o *corpus* utilizando-se a interpretação psicanalítica enquanto procedimento metodológico com o intuito de viabilizar a identificação de seus significados latentes. Vale destacar que, em psicanálise, a interpretação constitui-se basicamente como uma tentativa de esclarecer possíveis sentidos de diversas formas de comunicação humana – como um relato, uma conduta ou uma produção imaginária, por exemplo – que, sobretudo por questões defensivas, não foram exteriorizados de modo direto pelo sujeito (Laplanche & Pontalis, 1992, Zimmerman, 2001).

Ressalte-se também que, para minimizar os riscos de uma eventual contaminação dos resultados a partir de expectativas e crenças anteriores, a interpretação do *corpus* foi pautada em uma postura análoga à atenção flutuante do psicanalista. Trata-se de uma atitude que consiste em eximir-se de pré-julgamentos, não imputando atenção particular a assuntos *a priori* considerados de maior interesse (Zimerman, 2001). Por fim, é preciso esclarecer que, a exemplo do procedimento de análise adotado em outros estudos voltados à exploração do imaginário coletivo, buscou-se, por meio da interpretação, viabilizar a captação de campos de sentido afetivo-emocional no *corpus*, ou seja, de determinantes psicológicos subjacentes às condutas (Montezi, Zia, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011).

4. CUIDADOS ÉTICOS

O presente estudo obteve parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Anexo B) e, em seu desenvolvimento, os cuidados éticos referentes às pesquisas com seres humanos foram devidamente observados. Todas as participantes receberam as informações necessárias sobre o presente estudo, assim como foi assegurado às mesmas o compromisso com a manutenção do sigilo quanto às suas identidades e o direito de declinar da participação a qualquer momento sem qualquer espécie de prejuízo. Além disso, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), oficializando, assim, a concordância com as atividades do presente estudo, sendo que receberam uma via idêntica de tal documento.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados, como mencionado anteriormente, quatro encontros do grupo psicanalítico de discussão com as seis participantes do presente estudo. Todavia, é válido apontar que, no segundo encontro, Begônia não pode estar presente por questões de saúde. Tendo em vista a disponibilidade das participantes, assim como da coordenação da UAPSF em que as mesmas atuavam, o intervalo entre os encontros foi de uma semana, com exceção do primeiro para o segundo encontro, em que o intervalo foi de duas semanas.

Para o desenvolvimento do grupo, em cada encontro recorreu-se a diferentes recursos mediadores, os quais serviram como disparadores para as discussões propostas. A aplicação de cada um deles será descrita a seguir, entendendo que tal conteúdo fornece informações relevantes no que diz respeito ao objetivo estabelecido para o presente estudo e, assim, já se enquadra como parte de seus resultados. Na sequência, serão abordados os campos de sentido afetivo-emocional captados no *corpus*.

5.1. Recursos mediadores

5.1.1. Primeiro encontro

No início do primeiro encontro, as participantes foram convidadas a se apresentarem. Nesse momento, solicitei⁹ que compartilhassem, além do nome e idade, certos aspectos relacionados ao trabalho: como se tornaram ACSs, o tempo em que estavam nessa função, o que mais gostavam e o que menos gostavam no trabalho, a participação em cursos/treinamentos e algum outro ponto que considerassem relevante ou que desejassem destacar.

⁹ A descrição da aplicação dos recursos mediadores será feita na primeira pessoa do singular considerando-se que tal estratégia foi considerada mais adequada face às particularidades deste conteúdo.

Logo em seguida, utilizei como recurso mediador o Desenho-Estória com Tema, tal como proposto por Aiello-Vaisberg (1999). Dessa forma, forneci às participantes inicialmente a seguinte instrução: *Eu gostaria que vocês desenhassem uma situação de uma Agente Comunitária de Saúde junto a uma pessoa com transtorno mental, um usuário do Programa de Saúde Mental*¹⁰.

Após terminarem a produção do desenho, a instrução foi a seguinte: *Agora, eu gostaria que vocês virassem a folha e, no verso, criassem um título e uma pequena história sobre o desenho que vocês fizeram*. Quando do término da atividade, todas as participantes foram convidadas a compartilhar suas produções com o grupo. Nesse momento, enquanto facilitadora, realizei um inquérito a respeito das produções, tendo como perguntas norteadoras: (a) *O que a ACS retratada está sentindo?*, (b) *O que aconteceu antes dessa cena?* e (c) *O que aconteceu depois?*.

Nessa etapa da atividade, considerando que o inquérito foi realizado em grupo, houve a preocupação de que as demais participantes pudessem também apresentar seus sentimentos e opiniões em relação à produção em questão. Ao final, convidei as ACSs para compartilharem como foi participar dessa experiência e acrescentarem algo se assim considerassem oportuno.

Como no início das apresentações as ACSs comentaram sobre cursos dos quais participaram antes e/ou logo após seu ingresso no cargo, retomei esta questão para verificar se, dentre eles, houve cursos específicos relacionados à saúde mental. Nesse contexto, começamos então a discutir como identificar quando um paciente necessitaria de cuidados na referida área.

¹⁰ Esses termos foram usados com as ACS na maior parte dos encontros, ao invés de pessoa em sofrimento psíquico, pelo fato desta autora compreender, no momento, que tais termos seriam mais próximos do geralmente utilizado no cotidiano das mesmas.

5.1.2. Segundo encontro

Iniciamos o segundo encontro retomando brevemente o encontro anterior. Em seguida, informei que realizaríamos duas atividades e apresentei a primeira delas, intitulada “Dinâmica da divisão da sociedade”. Ressalto que esta é de autoria de Domiciano Siqueira, atual presidente da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), sendo que a utilização da mesma foi previamente autorizada pelo autor.

Para a “Dinâmica da divisão da sociedade”, fixei, com o auxílio das ACSs, uma série de cartazes nas paredes da sala em que o encontro foi realizado, os quais representavam alguns locais/lugares da sociedade: (a) “escola”, (b) “Psiquiatria”, (c) “emprego”, (d) “prisão”, (e) “igreja”, (f) “praça”, (g) “PSF”, (h) casa e (i) “CAPS”.

Solicitei duas voluntárias, as quais receberam os seguintes rótulos: (a) “pobre” e (b) “pessoa com transtorno mental”. Os rótulos foram colados em suas testas, de modo que não soubessem qual haviam recebido. Pedi, então, às demais que não o revelassem ou fizessem comentários que permitissem identificá-los.

Instruí as ACSs que não estavam com nenhum rótulo para que posicionassem as voluntárias em algum dos lugares em que acreditassem que elas deveriam ficar em função do rótulo recebido. Informei ainda que as voluntárias poderiam ser trocadas quantas vezes as demais considerassem necessário, inclusive se não concordassem com o local em que haviam sido posicionadas por outra participante.

As voluntárias foram questionadas, após posicionadas, sobre qual rótulo teriam recebido, considerando os locais para onde foram conduzidas. Em seguida, face à revelação do conteúdo dos rótulos, foram questionadas sobre onde, em sua percepção, deveriam permanecer, mantendo ou não os lugares direcionados pelas demais.

Ao término da “Dinâmica da divisão da sociedade”, iniciamos uma discussão sobre os preconceitos relacionados às pessoas em sofrimento psíquico e, também sobre

a assistência a esta população. Nesse sentido, vale destacar que as participantes propuseram uma separação entre “loucura” e demais “condições psi”, entendendo que estas, ao contrário daquela, não deveriam ser enquadradas como questões de saúde mental se não demandassem acompanhamento psiquiátrico (“remédios fortes”) ou seguimento em serviços substitutivos (CAPS).

Na sequência, iniciamos a segunda atividade do encontro com a leitura do texto “Entre a loucura e a liberdade: a experiência de um agente comunitário de saúde”¹¹. A partir desta leitura, refletimos e discutimos sobre o cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, assim como, sobre a constituição de uma rede de cuidados e quais atores deveriam compô-la.

5.1.3. Terceiro encontro

No terceiro encontro, para iniciarmos uma discussão sobre políticas públicas em saúde mental, lancei mão de um vídeo que aborda o Movimento de Luta Antimanicomial¹². Contudo, antes de iniciarmos a discussão deste, tendo em vista que uma das ACSs não esteve presente no encontro anterior, solicitei às demais que fizessem um breve resgate do mesmo.

Neste encontro, fiz uma retrospectiva das condições de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, abordando não apenas o Movimento de Luta Antimanicomial, mas também a Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas atuais em saúde mental. Apesar de ter sido um encontro com enfoque mais teórico, as ACSs foram estimuladas a participar, refletindo e compartilhando conhecimento e experiências.

¹¹ O texto faz parte do livro “Saúde mental e saúde da família” organizado por Antonio Lancetti (2001).

¹² O vídeo foi produzido pelo programa TV Diversidade, do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), e, pode ser visualizado no site: www.crp-sp.org.br.

O encontro também foi finalizado com um vídeo, o qual aborda a rede de serviços substitutivos em saúde mental¹³. Vale destacar que as ACSs ainda comentaram sobre um curso voltado à questão do álcool e outras drogas do qual estavam participando.

5.1.4. Quarto encontro

Neste encontro, por sua vez, optei por recorrer a slides, pois apesar das ACSs terem sido participativas no encontro anterior, foram abordadas muitas informações e houve alguns momentos de dispersão. Dessa forma, iniciei o quarto encontro relembrando sinteticamente alguns pontos do anterior e, em seguida, discuti algumas características do Programa de Saúde Mental do município de Uberlândia.

Importante ressaltar que reconheço que as ansiedades e angústias relacionadas ao tema e que surgiram ao longo dos encontros estariam longe de serem “fechadas” apenas com esse grupo, o que logo indica a relevância da EPS. Contudo, o cuidado em minimamente norteá-las se fez necessário por questões éticas relacionadas ao trabalho grupal, assim como, pelo momento peculiar da unidade de saúde em questão, no qual, a referência técnica em saúde mental/apoiadora matricial havia entrado de licença maternidade recentemente.

No encontro anterior, como uma das ACS havia perguntado sobre o que acontece, em termos judiciais, a um paciente em tratamento psiquiátrico que comete um crime, optei por trazer para discussão a noção de “louco infrator”. Nesse momento, abordamos a questão de periculosidade/agressividade, a qual foi inicialmente atrelada pelas ACSs à condição psiquiátrica.

¹³ O vídeo foi produzido pelo programa TV Diversidade, do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), e, pode ser visualizado no site: www.crp.org.br.

Sendo este o último encontro, retomamos também certos pontos dos anteriores que, por ventura, não haviam sido suficientemente elucidados. Entretanto, reafirmei junto às participantes que tais questões não se esgotariam após a finalização do grupo, uma vez que haveria oportunidade, como já lhes havia sido informado, de reunir-me com a coordenadora da unidade e referência técnica em saúde mental para compartilhar as experiências, visando fortalecer esse espaço de interlocução.

Para o encerramento do grupo, realizamos uma avaliação do processo vivenciado. Assim, convidei as ACSs a completar as seguintes sentenças: (a) *Que bom que...*, (b) *Que pena que...*, e (c) *Que tal se...* As participantes, de modo geral, apontaram aspectos positivos da experiência. Nesse momento, foi oportuno uma devolutiva grupal, por meio da qual apontei algumas questões que considerei relevantes e que possivelmente seriam abordadas no presente estudo.

5.2. Campos de sentido afetivo-emocional

Os relatos apresentados pelas ACSs, assim como as dificuldades vivenciadas pelas mesmas durante a aplicação dos recursos mediadores, em especial o Desenho-Estória com Tema (nesse caso exemplificadas pelo desenho em branco de uma participante e pela ênfase em aspectos secundários da produção por parte de quatro participantes) apontam que o trabalho junto a usuários de saúde mental é permeado por sentimentos e expectativas diversos e, muitas vezes, ambivalentes. Se, por um lado, as participantes percebem a necessidade de acolhê-los e existe a intenção e/ou a concretização do acolhimento, por outro lado, há uma série de expectativas prévias quanto a como fazê-lo, as quais revelam crenças essencialmente negativas acerca destes. Considerando isso, foi possível, mediante a leitura interpretativa do *corpus*, apreender dois campos de sentido afetivo-emocional, que foram denominados, com base em

relatos das participantes, da seguinte forma: (1) “Entre o dó e o medo” e (2) “Ser ou não ser... medicado?”.

5.2.1. “Entre o dó e o medo”

Ao longo dos encontros do grupo, as ACSs foram, pouco a pouco, apontando que possuem certas crenças acerca de usuários de saúde mental em geral e que tais crenças, sobretudo por despertarem receio e medo, ensejam dificuldades no exercício de suas atividades profissionais. Porém, foi possível notar também que a maioria delas apresenta alguma disponibilidade para o cuidado junto a tal população. Essas ambivalências foram traduzidas de diferentes maneiras e organizaram o primeiro campo de sentido afetivo-emocional captado. Como se vê no Relato 1 apresentado por Iris, usuários de saúde mental foram qualificados como “uma gente difícil de se trabalhar”. Entretanto, a mesma participante, por meio do Relato 2, relativizou essa impressão e ilustrou uma possibilidade de acolhimento baseada na escuta, com a qual as demais participantes sinalizaram consentimento.

Relato 1

[...] porque eu vou te falar, é difícil trabalhar com essa gente [usuários de saúde mental] (Iris)

Relato 2

Ah, eu me senti que eu tinha que, naquela hora, eu tinha que abraçar ela [uma usuária de saúde mental em particular], porque acho que todas passam isso, porque naquele momento eu num falei, eu só escutei ela (Iris)

Com o Relato 3, Violeta sugere que entende que a população em questão se caracteriza por certa instabilidade e, assim, poderia ou não receber bem as visitas domiciliares, o que despertaria receio e preocupação. Rosa, por sua vez, com o Relato 4, sinalizou que acredita ser pouco provável a “reversão” em usuários de saúde mental – ou, segundo suas palavras, “paciente de Psiquiatria”. E a opção por tal termo como sinônimo de “cura” sugere, por parte da mesma, uma visão marcadamente biomédica acerca do sofrimento psíquico. Por outro lado, a mesma participante, conforme o Relato 5, defendeu que a evolução de um usuário de saúde mental – neste relato designado pela mesma como “doente mental” – não pode ser reduzida a um único padrão, sugerindo que há algum reconhecimento de suas singularidades.

Relato 3

[...] tava meio assim [com receio] do momento que ela ia encontrar [uma usuária de saúde mental em particular], porque tem momento que elas estão muito deprimidas, ficam nervosa, né, não quer receber ninguém, é isso (Violeta)

Relato 4

Eu acho muito difícil essa reversão em um paciente de Psiquiatria (Rosa)

Relato 5

[...] porque eu vejo assim, que o doente mental não é irreduzível, não (Rosa)

Já no material produzido por Rosa durante o emprego do Desenho-Estória com Tema¹⁴, pode-se vislumbrar, por meio do Relato 6 e do Desenho 1, como a suposta

¹⁴ No corpo do texto será apresentada parte dos desenhos produzidos pelas participantes, sendo que as demais produções constarão do Apêndice B.

instabilidade dos usuários de saúde mental poderia se desdobrar em imprevisibilidade – representada por um ponto de interrogação no desenho – e, assim, despertar medo, sobretudo em relação à possibilidade de um eventual dano pessoal. Ou seja, para a participante em questão, e também em certa medida para as demais, as atitudes e os pensamentos que seriam típicos desta população aparentemente configuram-se como uma incógnita, e suscitam sentimentos e impressões nem sempre positivos, conforme será abordado mais adiante.

Relato 6

Aqui do lado eu coloquei sobre um ponto de interrogação, essa pessoa olhando assim pra nós. É a irmã dele [de um usuário de saúde mental em particular] recém-chegada, ela morava fora [...], depois de treze anos chegou aí. Também com, ela tem um diagnóstico de esquizofrenia, que é o mesmo diagnóstico dele [...]. Né, pus uma interrogação, não sei bem pensando o quê (Rosa)



Desenho 1: *O abraço (Rosa)*

O Relato 7, apresentado por Rosa, é especialmente representativo das ambivalências vivenciadas pelas participantes face aos usuários de saúde mental, posto que demarca a vivência de dois sentimentos bastante distintos: “dó” e “medo”. E, em função do medo, o exercício das atividades profissionais junto aos mesmos exigiria uma precaução adicional. Begônia, no Relato 8, inicialmente evita a palavra “medo”, mas depois a utiliza alegando que o olhar que um usuário em específico costuma lançar a ela é “esquisito”. No que diz respeito a essa questão, os resultados obtidos no presente estudo são compatíveis com aqueles reportados por outros autores, dentre os quais Barros, Chagas e Dias (2009). Ocorre que os mesmos apontam que ACSs comumente sentem medo no trabalho com usuários de saúde mental e sustentam que este seria causado pelo estranhamento despertado por determinados comportamentos “atípicos”. O estranhamento, portanto, poderia refletir o entendimento da loucura como uma

condição que encerra aquilo que “a civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (Pelbart, 1990, p. 133).

Relato 7

Eu tenho uma coisa que eu tenho dó, mas tenho medo [de usuários de saúde mental]. Eu lido com eles com medo o tempo todo. Existe uma insegurança dentro de mim que eu não consigo superar isso às vezes, sabe, que é o medo
(Rosa)

Relato 8

Eu não tenho medo, mas eu tenho [...] mas eu tenho muito cuidado com ele [de um usuário de saúde mental em particular], e, toda vez que eu vou lá, eu saio correndo dele. Porque eu tenho medo, o jeito que ele te olha é esquisito
(Begônia)

O primeiro campo de sentido afetivo-emocional, assim, é permeado pela crença de que os usuários de saúde mental rompem com uma norma social preexistente. E tal fato denuncia, em última instância, uma visão dualista das participantes, segundo a qual haveria uma clara oposição entre o “normal” e o “anormal”. A anormalidade evidenciaria uma necessidade de “cura” ou de retorno a uma condição anterior de normalidade. Baseadas nessas premissas, as práticas a serem desempenhadas por ACSs junto a tal população poderiam, portanto, assumir um caráter meramente fiscalizador, o que as distanciaria do papel social que, como apontam Jardim e Lancman (2009), caberia a tal categoria profissional.

Ademais, a APS, nível de atenção em saúde no qual as ACSs se encontram inseridas, deveria, como já mencionado, ser pautada no princípio da participação social e, assim, priorizar a construção de vínculos (Brasil, 2012). Contudo, pode-se presumir que certamente haveria uma série de obstáculos para tanto sob a égide da referida crença. E ainda, conforme Leal,

a clínica dos serviços territoriais [...] de modo algum se compatibiliza com esta tradição que necessariamente considera os sintomas como algo negativo, sempre a ser eliminado. Ao considerar o sujeito expressão da relação humano-social, toma o adoecimento como um fenômeno que se constitui na relação do sujeito com o mundo, dando, a partir dessa relação, existência ao próprio sujeito e ao mundo (2007, p. 83).

Ressalte-se que o estranhamento despertado nas participantes pelos usuários de saúde mental sugere que o imaginário coletivo das mesmas é influenciado por uma associação, presente na sociedade em geral, entre aquilo que se poderia designar como “loucura” e a periculosidade. Os relatos a seguir ilustram esse achado, pois qualificam o “louco” como alguém em quem não se deve confiar (Relato 9), que tende a crimes (Relato 10) ou ataques repentinos (Relatos 11) e de quem se é recomendável manter distância (Relato 12). Contudo, é importante salientar que Barros-Brisset (2011), em um estudo sobre a genealogia do conceito de periculosidade, revela que a idéia subjacente a este nem sempre esteve presente na organização social, tampouco intrinsecamente ligada à “loucura”. A referida autora aponta que somente quando o saber sobre o homem se tornou objeto da ciência – no caso especificamente relacionado à Psiquiatria

e ao Direito – é que se gerou “uma nova forma de punir e uma nova forma de tratar a loucura” (Barros-Brisett, 2011, p. 47).

Relato 9

Pertuba os vizinhos, pertuba todo mundo. Agora eu vou confiar em doido?
(Rosa)

Relato 10

A informação que eu tive ontem diz que [a situação] tá péssima lá na [Enfermaria de] Psiquiatria. As pessoas roubam objeto uma da outra [...] diz que não pode deixar nada assim, não pode entrar nem de bolsa, que as mulheres vem e já te pega sua bolsa (Margarida)

Relato 11

[...] mas era assim, ele [um usuário de saúde mental em particular] era perigoso, porque tinha vez que ele atacava as pessoas (Iris)

Relato 12

[...] Eu, de vez em quando, quando vejo que a pessoa é meio assim [estranha como supostamente seriam os usuários de saúde mental], eu, tem hora que eu corro mesmo (Violeta)

É válido mencionar que o material produzido por Begônia durante o emprego do Desenho-Estória com Tema também é representativo da referida associação entre “loucura” e periculosidade, como se vê no Desenho 2 e no Relato 13. Vale esclarecer

que, no Desenho 2, a figura humana mais isolada, à esquerda, representa uma ACS fugindo de um usuário de saúde mental, sendo este representado pela figura humana maior, ao centro. A propósito, o usuário em questão apresenta, na produção gráfica, os olhos vazios e esbugalhados, o que lhe conferiria o caráter assustador sugerido pelo Relato 13. Além disso, foi representado com um líquido escorrendo pela boca, o que poderia sugerir tanto a saliva de um predador que está prestes a devorar uma vítima – na linha do que sinaliza o Relato 13 – ou o aumento da salivagem que tipicamente ocorre em usuários de saúde mental impregnados pela medicação.



Desenho 2: A visita (Begônia)

Relato 13

Ele [o usuário de saúde mental representado no Desenho 2] fica me olhando, como se fosse me comer com o olhar, parece que vai me atacar (Begônia)

Igualmente é importante destacar que, no imaginário coletivo das participantes, a periculosidade parece aproximar-se mais daquilo que as mesmas compreendem como “loucura”, sendo esta associada, na maior parte dos encontros, à esquizofrenia e diferenciada de outras condições psíquicas que demandariam cuidados em saúde mental na APS. Nesse sentido, ora apenas a “loucura”, seguida do transtorno afetivo bipolar – mas este enquadrado apenas pontualmente – seriam uma condição psiquiátrica, ora também o seriam aqueles transtornos mentais usualmente classificados como “menores” ou “comuns” na literatura especializada, nos quais há uma combinação de sintomas de ansiedade e depressão. De qualquer maneira, para a maioria das ACSs, aparentemente o enquadramento de alguém como “louco” implicaria em certa marginalização.

Os relatos subsequentes (Relatos 14, 15 e 16) reforçam tal linha de raciocínio, pois sugerem a demarcação de uma distância a ser mantida dos “loucos”. Para algumas participantes, essa distância parece ser necessária para que a oferta de cuidado aos mesmos seja possível, ao passo que, para outras, serviria para situar as demais condições psíquicas em outro patamar, na medida em que estas permitiriam a manutenção, em maior ou menor grau, das atividades sociais e ocupacionais. Nesse segundo caso, pode-se presumir uma valorização da normalidade funcional, ou, em outras palavras, uma exaltação do corpo domesticado e produtivo, como evidencia o Relato 14, particularmente. Afinal, a “loucura” seria atrelada à anormalidade, basicamente, em função do seu caráter disfuncional e discrepante. Entretanto, cabe aqui o seguinte questionamento: não haveria sofrimento tanto na “loucura” quanto nas demais condições psíquicas às quais as participantes aludiram?

Relato 14

Eu tenho uma paciente minha que vai na [Enfermaria de] Psiquiatria e é normal, trabalha normal, tudo. Ela tem filho, tem casa, ela passeia, viaja, tudo, e vai na Psiquiatria e não é por isso que é doida (Rosa)

Relato 15

Normal não é, [se] vai pra [Enfermaria de] Psiquiatria (Violeta)

Relato 16

[...] eu acho o seguinte: que o paciente da [Enfermaria de] Psiquiatria realmente ele é um paciente que tem um transtorno [...] não dá pra ser, por exemplo, um paciente de Psiquiatria e não ter problema (Rosa)

A idéia subjacente aos Relatos 15 e 16, contudo, aparentemente vai além de uma valorização da normalidade funcional e revela uma das especificidades da Psicopatologia na pós-modernidade conforme elencadas por Birman (1999), a saber: a tendência à utilização dos psicofármacos como referência para a nosografia. E o Relato 17 e o Excerto 1 permitem uma visualização mais clara de tal tendência, a qual, segundo o mesmo autor, é representativa de uma racionalidade médica que leva à desqualificação da dimensão subjetiva dos pacientes, posto que justifica o discurso terapêutico de base biológica e, assim, se desdobra na medicalização do social. A propósito, sobre tal desdobramento apresentaremos algumas considerações mais adiante.

Relato 17

[...] Eu acho que às vezes a pessoa pode passar lá [na Enfermaria de Psiquiatria] e ter aquele transtorno, mas tem muita gente que eu sei que não tem um transtorno e toma sua fluoxetina e às vezes vai na Psiquiatria (Iris)

Excerto 1

[...] Eu acho que fluoxetina é só pra dar uma acalmada, pra tirar a ansiedade (Violeta)

É, não é pra doido, não (Rosa)

Agora, os outros remédios mais fortes é que seria pra quem vai no CAPS, mais assim (Violeta)

Nesse sentido, é pertinente aqui mencionar o fenômeno denominado por Pelbart (1990) como “manicômio mental” ao questionar se o desmantelamento dos velhos hospícios não estaria se camuflando sob outra forma de confinamento, agora mais sutil e admissível, a partir da qual o “diferente” ou “estranho” passa a ser aceito socialmente quando se torna inofensivo, esvaziado de seu potencial de subverter as “regras do jogo”. Afinal, como oportunamente questionou o autor: “ao borrarmos essa fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a?” (Pelbart, 1990, p. 133).

Obviamente, o fato de o imaginário coletivo das participantes em relação aos usuários de saúde mental ser permeado por concepções negativas pode ser um entrave para a consecução do trabalho que caberia às mesmas junto a tal população. Todavia, não se pode deixar de apontar que, ao longo dos encontros do grupo, foram observadas motivação e disponibilidade para efetivar tal fazer. Isso pode ser depreendido dos

Relatos 18, 19 e 20, embora o primeiro deles sinalize a adesão à tradicional lógica do encaminhamento em saúde, ao passo que o segundo e o terceiro sinalizam, respectivamente, que a escuta e o aconselhamento são compreendidos como “ferramentas” das ACSs em sua prática profissional.

Relato 18

Eu fui à casa dela [uma usuária de saúde mental em particular], né, que ela tava me esperando, ela me ligou pra eu ir marcar, pra agendar uma consulta, pra ela conversar com ela [psicóloga] (Violeta)

Relato 19

Eu senti assim, que eu fui, fiquei escutando ela [uma usuária de saúde mental em particular] uns quarenta minutos, mas eu senti também, que isso, que eu cumpri, né, o papel do agente de saúde dentro da prevenção. Porque ela precisava naquele momento de desabafar [...] Cheguei na hora certa e programada também, porque é 40 minutos toda vez que eu vou. Se eu vou de manhã, é só na casa dela (Iris)

Relato 20

[...] isso aí é verdade, eu tive uma paciente que não ficava sem X [nome comercial de um psicofármaco], acostumou, né [...] e eu falava: você não precisa disso para viver, minha filha, você tá nova (Margarida)

Cabe assinalar ainda que, no primeiro encontro do grupo, as participantes abordaram os fatores que as teriam levado a escolher a profissão de ACS, bem como

suas potencialidades e dificuldades. Os Relatos 21, 22 e 23 são emblemáticos nesse sentido e apontam como possíveis motivações tanto características pessoais quanto vivências prévias. No que se refere a tal questão, é importante destacar que a identificação com a comunidade, além do conhecimento acerca desta, e características como solidariedade, pró-atividade e liderança são consideradas essenciais para o exercício da função de ACS (Brasil, 2002b). Porém, estudos têm apontado que os fatores associados à escolha da profissão não são unânimes. Marzari, Junges e Selli (2011), por exemplo, encontraram compatibilidade entre o perfil de um grupo de ACSs e aquele proposto pelo Ministério da Saúde, ao passo que tanto Trapé (2010) quanto Bachilli, Scavassa e Spirित्रaz (2008) identificaram o desemprego prévio como principal motivador para o ingresso e permanência na função.

Os Relatos 23 e 24, além disso, sugerem que o ACS é visto como alguém capaz de “resolver problemas”, sendo que, quando tal expectativa não pode ser efetivada, certa frustração se instalaria, sobretudo no próprio. Ou seja, de uma forma ou de outra, a disponibilidade para a assistência em saúde parece atrelada apenas secundariamente à demanda dos usuários ou do serviço em si. Isso reforça que, como constataram Machado e Pereira em um estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca da “doença mental”, “há mais questões subjacentes no encontro entre o profissional-paciente do que aquilo que efetivamente é considerado e instituído” (2013, p. 130).

Relato 21

Eu me identifico com essa causa, que é poder fazer alguma coisa pelo próximo. Costumo falar que eu acho que eu nasci para servir. E eu nem me preocupo se os outros tá me servindo [...] É um trabalho que você precisa gostar das pessoas, de conversar, ter amor pelas pessoas (Rosa)

Relato 22

Aí também, assim, aí depois também que a minha mãe também faleceu com câncer de colo, colo, né, colo de útero. Ai eu falei assim: ah, eu quero, eu quero ser uma pessoa que eu possa ajudar também as outras pessoas (Violeta)

Relato 23

Olha, eu gosto muito quando a pessoa tá com algum problema e a gente leva solução [...] então, com a alegria deles, eu me sinto útil, eu me sinto capaz (Margarida)

Relato 24

Então, isso é o que mais me entristece é isso no meu serviço [não conseguir auxiliar as pessoas a solucionar problemas]. Porque eu num posso às vezes fazer alguma coisa. Tem a minha colega, que ela sempre vem comigo, às vezes eu venho até chorando: eu não dou solução pra esse problema (Iris)

5.2.2. “Ser ou não ser... medicado?”

O segundo campo de sentido afetivo-emocional concerne, mais especificamente, à prática profissional desenvolvida pelas ACSs junto aos usuários de saúde mental e, de alguma maneira, nos direciona para as políticas públicas. Vale acrescentar ainda que, assim como o primeiro campo, possibilita a demarcação de ambivalências. Ocorre que, ao mesmo tempo em que reconhecem algumas possibilidades de cuidado junto a tal população, as participantes atribuem aos psicofármacos um lugar central na assistência em saúde mental, qualificando-os como “a melhor”, se não, em certos casos, “a única”

opção existente. Os Relato 25 e 26 e o Excerto 2 ilustram os achados em pauta, sendo que, de forma geral, qualificam os psicofármacos como condição para minimizar a suposta instabilidade que seria típica dos usuários de saúde mental.

Relato 25

Porque o [nome de um usuário de saúde mental em particular], [...] é manso, ele é brando. Toma o remédio dele diretinho (Rosa)

Relato 26

Deixa o remédio faltar [referindo a usuários diagnosticados com transtorno afetivo bipolar] pra você vê. [...] Ele vai ser tripolar, não é bi mais, não (Violeta)

Excerto 2

Ele [um usuário de saúde mental qualquer] pode sim, como paciente, passar a ter uma vida normal. Como qualquer outra pessoa (Rosa)

É verdade, tomando os remédios (Violeta)

Não vai nem fazer diferença, mas pra isso ele tem que ser um paciente medicado (Rosa)

Qualificar a psicofarmacoterapia como “a melhor” ou “a única” possibilidade para o cuidado em saúde mental conduz à medicalização do social e reforça uma visão marcadamente biomédica acerca do sofrimento psíquico. Nesse ponto, os resultados do presente estudo vão ao encontro daqueles reportados por Magalhães (2012), os quais revelam que, apesar da existência de um movimento no sentido de descentralizar o saber

na APS, muitos profissionais de saúde ainda consideram imprescindível ouvir a opinião do médico antes de algumas decisões finais. Afinal, o Excerto 3 exemplifica que, para as participantes, o médico seria o responsável pela “última palavra” no que diz respeito à assistência a usuários de saúde mental.

Excerto 3

[É necessário] *algum profissional capacitado pra isso* [a assistência a usuários de saúde mental]. *Sabe, é quem dá a palavra, a ultima palavra, sabe?* (Rosa)
Quem dá o carimbo [o médico] (Iris)

Essa situação, porém, contraria o que se propõe com a ênfase atual na ESF para a organização da APS, uma vez que, naquela, as práticas, tanto gerenciais quanto sanitárias, deveriam ocorrer de maneira democrática e participativa (Brasil 2012). Além disso, pode ser considerada contrastante face às características do campo da saúde mental em um sentido mais amplo e à complexidade que lhe é peculiar. Os apontamentos de Amarante (2007) conferem respaldo a essa linha de raciocínio, na medida em que sublinham que

ao contrário da Psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a Psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites (2007, p. 15-16).

É importante destacar, além disso, que a (des) valorização, por parte dos demais profissionais de saúde, do saber/fazer dos ACSs possivelmente também influencia tais questões. Afinal, pode levá-los a assumir uma posição de retaguarda do serviço – a exemplo do que parece ter ocorrido com algumas participantes do presente estudo – face a dificuldades no que tange à efetiva inclusão na equipe de saúde e à inexistência de uma comunicação horizontalizada (Cardoso & Nascimento, 2010; Jardim & Lancman, 2009; Gomes, Cotta, Cherchiglia, & Batista, 2009). Mas outros estudos apontam que a baixa remuneração (Drummond Junior, 2009) e a falta de reconhecimento por parte dos gestores de saúde e da população em geral (Bachilli, Scavassa & Spiritraz, 2008) igualmente colocam em relevo o fato de que, comumente, se atribui menor valor ao trabalho dos ACSs.

Faz-se necessário mencionar ainda que, conforme Marzari, Junges e Selli (2011), muitos ACSs tendem a comparar seus conhecimentos técnicos com aqueles apresentados por outros profissionais de saúde e, como consequência, passam a questionar sua própria formação e a se auto-depreciar. Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002) também observaram tal fenômeno e o associaram às ansiedades vivenciadas no processo de integração dos ACSs nas equipes de saúde. Em contrapartida, as referidas autoras sustentam que, quando o conhecimento adquirido por ACSs durante sua formação lhes parece ser “superior” ao conhecimento popular do qual dispunham anteriormente, comumente uma sensação de orgulho é relatada. Para além disso, parece razoável propor que a interação entre ACSs e demais profissionais de saúde, em muitos casos, pode não se efetivar adequadamente seja porque não se definiu por completo o papel dos primeiros dentro das equipes, ou ainda porque a formação que lhes foi ofertada não contribuiu para tanto.

Retomando a excessiva valorização da psicofarmacoterapia apresentada pelas participantes do presente estudo, é preciso salientar que a mesma não é restrita apenas aos ACSs, posto que traduz, com dito anteriormente, uma das especificidades da Psicopatologia na pós-modernidade. Tal especificidade foi observada por Birman (1999), sendo que o referido autor ainda apontou que a mesma resulta, essencialmente, do predomínio do paradigma biológico e implica na medicalização do social. Contudo, as participantes, ainda que de forma insipiente, não deixaram de apresentar certas ressalvas quanto a tal situação. Os Relatos 27 e 28 são representativos nesse sentido e remetem a uma máxima atribuída a Paracelso, médico e físico suíço-alemão do século XVI, segundo a qual o que difere um remédio de um veneno é a dosagem.

Relato 27

Fui à casa da paciente, ela estava pra agendar psicóloga, toma tantos remédios que ela estava meio fora do ar. Eu me pergunto: pra que tanto remédio pra dormir? Se a vida passa tão rápido... Ela precisa de ajuda o mais rápido possível (Violeta)

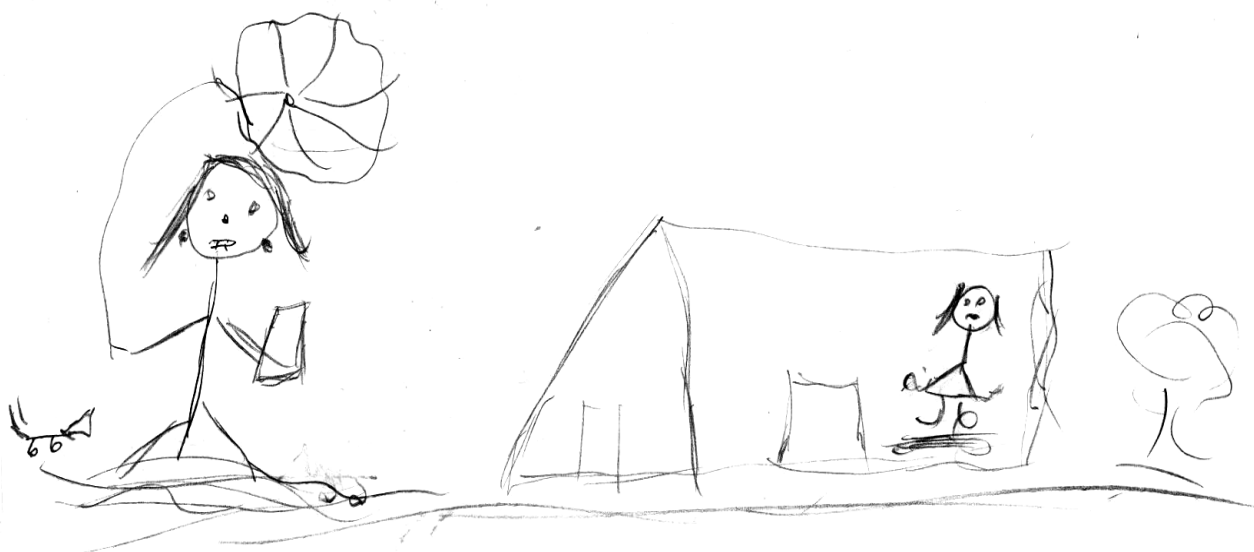
Relato 28

E ela [uma usuária de saúde mental em particular] fica se dopando de medicamento, porque eu acho que ela quer esquecer, ela fica tomando remédio, remédio, remédio pra ver se alivia isso, mas não alivia, né? (Iris)

Conforme apontado na apresentação deste segundo campo de sentido afetivo-emocional, o imaginário coletivo das participantes do presente estudo acerca da assistência a usuários de saúde mental é permeado por crenças em função das quais os

psicofármacos muita vezes são elevados à condição de “única opção”. Porém, as mesmas reconhecem algumas possibilidades de cuidado junto a tal população, sobretudo, como sugerem os Relatos 28 e 29, a partir da constatação de que, quando utilizados em excesso, os psicofármacos podem ser prejudiciais. Dessa forma, surgiram questionamentos que colocam em xeque a soberania das terapêuticas biológicas. Mais que isso, os relatos parecem apontar-nos a possibilidade de suspensão da doença, logo, um reconhecimento do sujeito que sofre.

O material produzido por Iris quando do recurso ao Desenho-Estória com Tema, como se vê no Desenho 3 e no Relato 29, igualmente ilustram tal linha de raciocínio e exemplificam uma possibilidade de escuta e acolhimento, por parte de ACSs, no trabalho na ESF e, mais especificamente, em saúde mental. Ao mesmo tempo em que a escuta não se dá sem o acolhimento, ela também o qualifica. É nesse sentido que o acolhimento pode ser compreendido “como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde” (Brasil, 2010b, p. 18). Logo, implica no compartilhamento de vivências, na mudança das relações profissional/usuário/rede social e no reconhecimento da participação ativa dos sujeitos em seu processo de produção de saúde.



Desenho 3: O agente amigo (Iris)

Relato 29

Quando eu cheguei no PSF, assim, de um dia pro outro, quando eu cheguei no PSF, eu me programei que ia na casa de Helena. Não pus o nome da mulher, não, é outro nome. Da Helena, da saúde mental, porque ela se encontrava muito depressiva. Ao longo do caminho encontrei com os cachorrinhos que me acompanhou até lá. Quando cheguei lá, ela me esperava ansiosa da minha visita. Conversamos por volta de quarenta minutos, comigo. E ela me disse: fiquei aliviada, porque você veio me escutar, porque ninguém conversa comigo aqui em casa, não tem tempo para mim. Fiquei feliz, pois ela estava melhor quando ela conversou comigo (Iris)

Nos termos da definição precedente, todos os profissionais de saúde inseridos na APS podem e devem acolher. Tal constatação se torna ainda mais patente levando-se em conta que, como já mencionado, a ESF pode ser qualificada como um programa de saúde mental, conforme Lancetti e Amarante (2009). Afinal, a ESF preconiza uma nova clínica, que se dá no território, que subverte, portanto, “o fora e o dentro, o normal e o anormal, a tutela e autonomia” (Pelbart, 2006). E, ao ter como campo de atuação um território específico de referência, ou seja, ao trabalhar com adstrição de clientela, pressupõe-se que na ESF esse *locus* será (re)conhecido, assim como os usuários do serviço de saúde, seu cotidiano e suas necessidades, de modo que, para a construção das intervenções, considerem-se os múltiplos fatores determinantes do processo saúde-doença.

Assumindo tais premissas, Stroppa, Mello e Heckert (2007) salientam o valor terapêutico das relações estabelecidas entre o profissional de saúde, o paciente e a família e reforçam que os psicofármacos somente devem ser indicados no contexto de um Projeto Terapêutico Singular que também preconize recursos assistenciais não-medicamentosos, seja definido com a participação dos interessados e contemple ações que envolvam a comunidade. Por meio do Relato 30 e do Excerto 4, as participantes do presente estudo apresentam discurso consoante com tal proposição ao apontarem possibilidades na assistência a usuários de saúde mental e, conseqüentemente, reforçarem a negatividade da restrição terapêutica a uma atividade repetitiva ou apenas ao uso de psicofármacos.

Relato 30

O que ele [um usuário de saúde mental em particular] estava precisando era de viver, de viver, não de tomar tantos remédios. Precisava de sair, passear, conhecer gente nova. É, ir pra lugares, assim, precisava de viver! (Violeta)

Excerto 4

Tem que ter um trabalho de terapia bom (Rosa)

Fazer tapete, só? Tem que ser [...] umas terapia de dançar, de viajar, de... assim, umas terapia assim, mais emocionante [...] Fazer um baile, assim, dançar com eles [...] um exercício (Violeta)

[...]

Criar grupos [...] Até porque essa socialização, isso é importante demais. [...]

Não tem remédio que faça isso, mas o ser humano pode fazer, né?(Rosa)

Possibilidades de atuação de ACSs em saúde mental no contexto da ABS como as vislumbradas pelas participantes do presente estudo, a propósito, foram relatadas por Mattos (2001) ao descrever o acompanhamento e a evolução de uma pessoa em sofrimento psíquico diagnosticada com um transtorno mental grave. A autora ilustra que, basicamente, procurou se aproximar da história do sujeito em questão e demonstrar empatia, sendo que, como consequência, conseguiu transformar positivamente sua práxis como ACS. Drummond Junior (2009) igualmente defende que a atuação de ACSs na ABS tende a se beneficiar a partir da implicação ativa dos mesmos no processo de cuidado, bem como da vinculação afetiva e do exercício da escuta.

Em suma: avançar em relação ao que está posto e instituído. Basicamente é o que sugerem as participantes por meio do Relato 30 e do Excerto 4. E, embora não

tenham sinalizado que assim compreendam, talvez as mesmas possam contribuir para tanto, de maneira a fazer valer a potência que, segundo Lancetti (2006), é típica dos ACSs devido à sua condição paradoxal de membros da comunidade e, ao mesmo tempo, integrantes da rede de saúde. Mas é válido salientar que as possibilidades de ampliação do cuidado a usuários de saúde mental não deve ocorrer apenas a partir do desejo e ação de um sujeito em particular. Acontece que a lógica que norteia a ESF reafirma a importância do trabalho em equipe e da tessitura de uma rede, na qual diferentes categorias profissionais colocam a serviço de outro, usuário ou profissional, seus saberes em um intercâmbio constante, sem, contudo, desconsiderar suas especificidades e tampouco eximir-se de suas responsabilidades. Afinal, conforme reitera a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

saúde não é um conceito que se possa enunciar a partir de uma única disciplina; pelo contrário, é delineado a partir de conhecimentos da Biologia, das Ciências Humanas, da Epidemiologia, e outros. Portanto, trabalhar com saúde, na amplitude que o termo requer, traz a necessidade de examinar esse objeto a partir de diferentes conhecimentos e práticas – não apenas internos à equipe de Saúde, como os saberes da Enfermagem, da Psicologia, da Medicina, etc – mas também aqueles de outros campos (Minas Gerais, 2006, p. 44).

O Relato 31 e o Excerto 5 abordam justamente a questão da necessidade de colaboração entre os profissionais de saúde para o adequado funcionamento da rede e, apresentam-se, conseqüentemente, alinhados em relação ao que é previsto nos documentos oficiais que versam sobre as ações compartilhadas pela equipe da ESF. Vale lembrar que constituem algumas delas: (1) a territorialização e o mapeamento da

área para reconhecimento de situações de risco; (2) a oferta de escuta qualificada e o atendimento humanizado aos usuários do serviço de saúde, garantindo, ainda, a integralidade da atenção, e (3) a manutenção da assistência em saúde mesmo que a população necessite de outros serviços da rede (Brasil, 2012).

Relato 31

É, com todo mundo [os profissionais de saúde em geral] sabendo que tem que ajudar, tem que chegar a um resultado. Aí sim! [...] Pra quem? Pro paciente
(Rosa)

Excerto 5

Mas se um ajudar e o outro [profissional de saúde] não ajudar, é, igual é uma rede (Violeta)

[...]

Claro que trava (Margarida)

Se você tá na ponta, eu chego e você fala: não! (Iris)

Aí tá parado, aí parou o serviço (Flor)

Diante do exposto, cabem aqui algumas considerações sobre o Apoio Matricial, ou Matriciamento, que se constitui em “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini, 2011, p. 13). Segundo tal lógica, o especialista em saúde mental, no contexto da ABS e, mais especificamente, na ESF, deverá munir de certas ferramentas as equipes que apóia para que estas possam melhor intervir nos processos geradores de saúde/sofrimento psíquico, ampliando, assim, a

oferta e a qualidade do cuidado. O Apoio Matricial, portanto, pressupõe o rompimento com a organização hierárquica dos serviços de saúde e a transferência de responsabilidades por meio de encaminhamentos. Todavia, ao longo dos encontros do grupo, foi possível notar que, para as participantes, tais diretrizes não vêm sendo plenamente contempladas, como se vê nos Relatos 32, 33 e 34

Relato 32

Matriciamento? [...] A gente não soube nem falar desse trem aí (Violeta)

Relato 33

Eu não conhecia essa palavra [matriciamento] (MARGARIDA)

Relato 34

[...] a gente chega aqui [nas reuniões da equipe de saúde] e fala como que o paciente tá, mas muitas vezes a gente não é ouvida também (MARGARIDA)

O desconhecimento técnico quanto a questões relacionadas ao sofrimento psíquico pode contribuir para a insegurança dos profissionais de saúde em oferecer cuidados em saúde mental, o que se traduz, na maioria das vezes, em um acentuado “medo de errar”. Contudo, as possibilidades inerentes ao trabalho dos ACSs não podem ser simplesmente desconsideradas em função disso, ao mesmo tempo que burocratizar as atividades de tais profissionais, restringindo-as à entrega de consultas e exames, por exemplo, implica em desvalorização e engessamento. Além disso, há que se considerar que, na maioria das vezes, as equipes da ESF lidam com questões psicossociais importantes, sendo que a burocratização do trabalho eventualmente está associada a

uma tentativa de proteção desencadeada pela preocupação com riscos supostamente possíveis na relação com usuários de saúde mental. O Relato 35 ilustra a ocorrência desse fenômeno entre as participantes do presente estudo e reforça a associação que, conforme já mencionado, é estabelecido pelas mesmas entre a “loucura” e a periculosidade. E reitera, ainda, a importância do trabalho em rede, assim como, do suporte às equipes da ESF a partir do Apoio Matricial.

Relato 35

Houve uma denúncia, por parte das sobrinhas dela [uma usuária de saúde mental em particular], de que ela tava agredindo tanto o [um usuário de saúde mental em particular] como a mãe. Aí, a psicóloga, juntamente com o Serviço Social, me chamou [...] E nós fomos. E, no que eu fui com elas lá, ela recebeu nós, eu tremia todinha [...] Achei melhor eu não ir [novamente], do que eu chegar lá e ser alvo, ela ameaçar o tempo todo [...] Então, já que eu não posso mais resolver a situação dela com o médico, com receita e com o remédio que deve tomar, eu preferi afastar do que ficar indo lá todo dia e ouvindo ameaça, né? (Rosa)

6. SÍNTESE INTERPRETATIVA

Cabe aqui reforçar que, no presente estudo, objetivou-se, por meio da utilização do método clínico-qualitativo, compreender o imaginário coletivo de um grupo de ACSs em relação aos usuários de saúde mental. Além disso, optou-se por submeter o conjunto dos dados – oriundos da realização de um grupo psicanalítico de discussão – à interpretação psicanalítica, buscando-se, à custa de tal procedimento metodológico, viabilizar a demarcação de seus significados latentes, ou, em outros termos, esclarecer alguns de seus possíveis sentidos que não se encontravam objetivamente no plano manifesto. Afinal, como salienta Turato (2005), em uma pesquisa clínico-qualitativa, a “atitude psicanalítica” contribui para a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados na relação afetiva que se estabelece entre o pesquisador e os participantes. Ademais, possibilita a ancoragem das discussões em um referencial teórico específico, conferindo-lhe maior sustentação.

Feitos tais esclarecimentos, é preciso salientar que a interpretação do conjunto de resultados obtidos sugere que o imaginário coletivo das participantes do presente estudo acerca dos usuários de saúde mental é permeado pela crença de que as mesmas, enquanto ACSs, e não apenas no que tange ao trabalho junto à tal população, ocupam um lugar que, em última instância, se configura como um “não-lugar”¹⁵, posto que desempenhariam um papel pouco definido. O Excerto 6 fornece respaldo para tal entendimento. Além disso, o mesmo é compatível com as proposições de outros autores que sustentam que a construção da identidade de ACSs é permeada por certas dificuldades, sobretudo devido à posição peculiar que lhes cabe tanto na comunidade quantos nas equipes de saúde (Nunes et al., 2002; Cardoso & Nascimento, 2010; Jardim

¹⁵ O sentido proposto aqui para o termo em questão remete vagamente, portanto, não coincide com aquele originalmente concebido por Augé (1994) ao forjá-lo para designar lugares de passagem e habitações temporárias como hotéis e *shoppings centers*.

& Lancman, 2009; Gomes, Cotta, Cherchiglia & Batista, 2009; Marzari, Junges & Selli, 2011).

Excerto 6

[...] Eu acho que o agente de saúde é tudo ao mesmo tempo (Iris)

Ele é muito completo, essa função (Rosa)

É, muito completo. E é um pouco desvalorizado (Iris)

É verdade (Violeta)

[...]

Nós somos assim, eu falo assim, que nós somos mil e uma, igual bombeiro, mil e uma utilidades. Precisa de nós lá na frente, nós tamo lá na frente ajudando o administrativo. Se precisar de nós sair com estagiário, nós tamo com estagiário
[...] Tudo é nós (Iris)

O referido “não-lugar” representaria tanto um ônus quanto um bônus, pois parece ser, ao mesmo tempo, gerador de sofrimento e de uma sensação de potência para as participantes do presente estudo. Sofrimento porque a ausência de uma identidade clara causa insegurança e desconforto, bem como leva a certa sobreposição de atividades e até desmerecimento por parte dos demais profissionais de saúde. E potência porque o não-engessamento técnico permite-lhes criar/construir maneiras de estar com o outro de maneira inventiva e criativa, não fechando as possibilidades advindas desse encontro. Contudo, de alguma maneira, passar da condição de “usuário do sistema de saúde” para “trabalhador do sistema de saúde” parece ter alçado as ACSs a um patamar superior e, portanto, diferenciado em relação àquele no qual se situariam seus pares na comunidade. Ocorre que a condição de “profissional de saúde” aparentemente é

vivenciada como um facilitador da satisfação de certas necessidades, dentre elas a necessidade de auxiliar as pessoas a “resolver problemas”, a qual, para as participantes do presente estudo, estaria diretamente associada à efetivação das atribuições supostamente compatíveis ao cargo em questão, como já mencionado.

Mas “ser tudo” seria correlativo de valorização ou desvalorização no contexto da prática profissional dos ACSs? Seria um sinal do reconhecimento das diversas possibilidades dessa função ou conduziria a um engessamento por meio da reprodução de modos burocratizados de “cuidar”? Com o intuito de encontrar mais elementos para a formulação de uma resposta, ainda que preliminar, a tal questão, é oportuno enfatizar que as participantes do presente estudo aparentemente sentem que não representam a comunidade, embora façam parte dela. De forma análoga, personificam o sistema de saúde perante a comunidade, mas não se sentem devidamente integradas ao mesmo. Nesse contexto, a ponte passa, então, a simbolizar um não-pertencimento e distanciamentos, portanto, são criados.

Para além disso, faz-se necessário destacar que o imaginário coletivo das participantes do presente estudo em relação aos usuários de saúde mental, talvez em um nível mais inconsciente do que a crença de que ocupam um “não-lugar”, parece influenciado pela impressão de que constituem um “resto” do sistema de saúde, ou seja, um profissional de saúde desvalorizado e abandonado. Além disso, igualmente teriam como responsabilidade “recolher os restos” desse mesmo sistema, ou seja, atender/lidar com as necessidades da população que não foram atendidas pelos demais membros da equipe de saúde. O Relato 36 é ilustrativo dessa impressão, por meio do qual Iris utiliza o termo “lixo” com um duplo sentido para aludir à sua própria categoria profissional: “lixo” como “resto” e “lixo” como “lixo”

Relato 36

Nós, agente de saúde, nós é tipo lixo [...] Só jogam em cima de nós. Eles [os demais membros da equipe de saúde] não vê o tanto que nós, o tanto que a gente... Aliás, às vezes você não tá bem e estão lá cobrando, você não tá bem tem dia, e eles não reconhece o serviço. Porque a gente, o quê que acontece, eu falo assim: nós é igual lixo, nós só recolhe. Porque você vai na casa de um, é um problema. Você vai na casa do outro, é outro problema. E você vai na casa do outro, e você não tem onde jogar o lixo [...] (Iris)

Mas qual seria o “lixo” a ser recolhido pelas ACSs? Não parece adequado reduzi-lo a uma única espécie de “resto”, mas, certamente, parte desse “lixo” é constituído por usuários de saúde mental, como sugere o Relato 37. Ocorre que estes, de acordo com um entendimento compartilhado em seus aspectos centrais pelas participantes do presente estudo, comumente seriam negligenciados pelos demais profissionais de saúde, os quais, inclusive, supostamente teriam conhecimentos técnicos mais adequados para oferecer-lhe um cuidado mais resolutivo. Logo, haveria um denominador comum entre as ACSs e tal população, sendo este delimitado, essencialmente, por uma marginalização social no contexto da saúde.

Relato 37

Tem que ter mais pessoas querendo saber mais do doente mental. E procurando o que fazer. Porque o doente mental é discriminado demais [...] Tem pessoas específicas que podem fazer mais [...] Médico, enfermeiro [...] tem que ter mais paciência, porque não é fácil de você lidar com eles [usuários de saúde mental],

não. Não é. Então a tendência é deixar pra lá, se possível só trocar a receita
(Rosa)

Tal achado pode ser interpretado mediante o recurso à noção de identificação enquanto operador conceitual psicanalítico. Afinal, trata-se de um processo por meio do qual “um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 226). Portanto, como bem observou Zimmerman (2001), o sentido do substantivo “identificação”, no vocabulário psicanalítico, é compatível com o sentido do verbo “identificar” na linguagem comum e com sua etimologia, posto que a mesma corresponde a tornar idem, ou igual. E vale destacar que, conforme concebida originalmente na teorização freudiana, a identificação se afigura como um mecanismo psíquico central para a constituição da personalidade, sendo empreendido pela parte inconsciente do ego, porém ativamente.

Assumindo tal premissa, é possível propor que, até mesmo como um reflexo das dificuldades associadas à inexistência de uma definição mais clara do papel das ACSs, a identificação ocupe um lugar central no processo de construção da identidade desta categoria profissional, não apenas, portanto, entre as participantes do presente estudo em relação a usuários de saúde mental. Mas, nesse caso em específico, é preciso reforçar que, aparentemente, a identificação está centrada em uma suposta marginalização social no contexto da saúde, de forma que não se estenderia a outras características, ao menos face aos resultados ora reportados. Além disso, não se pode deixar de considerar que a identificação, em sua acepção psicanalítica, também pode representar uma forma de ligação afetiva com outra pessoa. E este parece ser o caso das

participantes do presente estudo acerca dos usuários de saúde mental, o que configura um sistema relacional complexo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo fornece elementos para a compreensão do imaginário coletivo de um grupo de ACSs que atuam na ESF em relação aos usuários de saúde mental. Os campos de sentido afetivo-emocional captados – nomeados “Entre o dó e o medo” e “Ser ou não ser... medicado?” – possibilitaram a demarcação de ambivalências vivenciadas no contato com tal população, sendo que a opção por um grupo psicanalítico de discussão como *locus* para a coleta de dados favoreceu tal processo, assim como o recurso à noção de identificação enquanto operador conceitual psicanalítico viabilizou a interpretação dos resultados e o esclarecimento de certos significados que permaneciam, em um primeiro momento, em nível latente, além de que conduziu à ancoragem das discussões em um referencial teórico específico.

Por outro lado, os resultados obtidos não devem ser generalizados indiscriminadamente para outros ACSs ou para outros contextos, posto que demandam, por parte do leitor, uma ponderação cuidadosa sobre suas possibilidades de extensão. Ainda assim, o presente estudo revela aspectos que merecem atenção, sobretudo porque são compatíveis com os achados de pesquisas anteriores, desenvolvidas por outros autores, e também com a realidade que vivencio diariamente em minha experiência profissional¹⁶. Talvez o principal ponto a ser destacado aqui possa ser sintetizado da seguinte forma: o conjunto de crenças, emoções e imagens dos profissionais de saúde em geral – portanto, não apenas dos ACSs – em relação aos usuários de saúde mental ora criam espaços de aproximação, ora conduzem ao afastamento. Isso sugere, em última análise, que as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda não se encontram plenamente consolidadas, embora passos importantes nessa direção já tenham sido efetivamente dados.

¹⁶ Nesta seção do texto novamente será empregada a primeira pessoa do singular.

Sinto-me a vontade – mas não necessariamente tranquila – para sustentar uma conclusão dessa natureza, pois vivencio em minha prática cotidiana como referência técnica em saúde mental e como militante do SUS situações que conferem respaldo para tanto. Nesse sentido, questiono o quanto os princípios do Matriciamento têm de fato se alinhado às diretrizes do Movimento de Luta Antimanicomial e colocados em ação, principalmente por nós, profissionais *psi*, visando o suporte e o fortalecimento das equipes da APS, em especial no âmbito da ESF. Mais especificamente, questiono se realmente temos reconhecido a importante função de articulação e o poder vinculador dos ACSs junto à comunidade. Será que temos criado e mantido espaços horizontais para o acolhimento e a trocas de ideias e experiências com os mesmos?

De qualquer forma, tenho me deparado também com profissionais de saúde implicados verdadeiramente com esse processo de desinstitucionalização e que escolheram atuar na saúde pública. E isso me faz refletir sobre o quanto o trabalho que vem sendo desenvolvido pelas ACSs está relacionado à forma como tal função foi e vem sendo construída no município e com as dificuldades vivenciadas para a superação da lógica ambulatorial ainda tão presente nas ações em saúde mental. Esse pequeno recorte me faz refletir também sobre o quanto esse cenário influi no imaginário coletivo das ACSs em relação aos usuários de saúde mental. Todavia, são questionamentos e reflexões que bem sei que não serão respondidos apenas com ele, muito embora algumas perspectivas possam ser vislumbradas desde já.

REFERÊNCIAS

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino de Psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Montezi, A. V., Tachibana, M., & Zia, K. P. (2011). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 85-96.

Albuquerque, M. P. (2010). *O que nos diz de nós o delírio: uma compreensão psicanalítica sobre relações na saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Augé, M. (1994). *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade* (M. L. Pereira, Trad.). Campinas: Papyrus (Original publicado em 1992).

Ávila, C. F. (2008). *As gêmeas cantoras e o menino que sonhava jogar futebol: O imaginário coletivo de professores sobre inclusão escolar*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Bachilli, R. G., Scavassa, A. J., & Spiritraz, W. C. (2008). A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 51-60.

Barreto, M. A. M. (2006). *Do vôo preciso: Considerando o imaginário coletivo de adolescentes*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Barros, M. M. M., Chagas, M. I. O., & Dias, M. S. A. (2009). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 227-232.

Barros-Brisset, F. O. (2011). Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*, 1(1), 37-52.

Birman, J. (1999). A psicopatologia na pós-modernidade: As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1), 40-46.

Bleger, J. (1998). *Temas de psicologia: Entrevista e grupos* (R. M. M. Moraes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 05 de outubro). Recuperado em 08 de agosto de 2011, de <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/consti.htm>

Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (1999). *Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999* (1999, 04 de outubro). Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2001). *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001* (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, seção 1*.

Brasil. (2002a). *Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002* (2002, 11 de julho). Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, seção 1*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002b). *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: Um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. (2004). *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: Área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2006). *Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006* (2006, 06 de outubro). Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal

amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010b). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Cardoso, A. S., & Nascimento, M. C. (2010). Comunicação no Programa Saúde da Família: O agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1), 1509-1520.

Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Cohn, A., & Elias, P. E. (2003). *Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez.

Corbertt, E. (2009). *Até que a morte nos separe e outros campos do imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre sexualidade*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Davanço, D. T. L. (2012). *Um estudo sobre o imaginário coletivo de homicidas acerca do matar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Drummond Junior, M. A. (2009). *Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Emílio, S. A. (2010). O grupo psicanalítico de discussão como dispositivo de aprendizagem e compartilhamento. *Vínculo*, 2(7), 35-43.

Fernandes, W. J. (2003). A importância dos grupos hoje. *Revista da SPAGESP*, 4(4), 83-91.

Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: Análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403.

Gallo-Belluzzo, S. R. (2011). *O imaginário de estudantes de psicologia sobre o primeiro atendimento clínico: Um estudo psicanalítico*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Cherchiglia, M. L., Mitre, S. M., & Batista, R. S. (2009). A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: Reflexões estratégicas. *Saúde e Sociedade*, 18(4), 744-755.

Gonçalves, M. (2008). *Imaginário coletivo de professores de ioga brasileiros: Um estudo sobre campos psicológicos*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia & Sociedade*, 23(no. spe.), 81-89.

Jardim, T. A., & Lancman, S. (2009). Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: A realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 123-135.

Jodelet, D. (2001). As representações sociais: Um domínio em expansão (L. Ulup, Trad.). In _____, *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ. (Trabalho original publicado em 1989)

Lancetti, A. (2006). *Clinica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lancetti, A., & Amarante, P. (2009). Saúde mental e saúde coletiva. In: G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond, Jr. & Y. M. Carvalho (Orgs.),

Tratado de saúde coletiva (pp. 615-634). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1992). *Vocabulário da psicanálise*. (P. Tamen, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Leal, E. M. (2007) Abordagem psicopatológica do delírio: é possível tomá-lo como ferramenta para o desenho do cuidado nos serviços substitutivos ao manicômio? In: Lobosque, A. M. (Org.), *Caderno saúde mental: a Reforma Psiquiátrica que queremos - Por uma clínica antimanicomial*.(pp. 83-88). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Machado, M. P., & Pereira, M. A. O. (2013). Percepção da doença mental por profissionais de saúde: Possibilidades de ampliação do cuidado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 125-138.

Magalhães, V. C. (2012). *Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Martins, P. C. R. (2007). *O amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitário sobre dificuldades sexuais masculinas*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Marzari, C. K., Junges, J. R., & Selli, L. (2011). Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 873-880.

Mattos, S. A. F. (2001). Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. In: Lancetti, A. (Org), *SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família* (pp.131-138). São Paulo: Hucitec.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. (2006). *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.

Montezi, A. V., Zia, K. P., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 299-305.

Morosini, M. V., Corbo, A. D., & Guimarães, C. C. (2007). O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: Concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 5(2), 287-310.

Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1639-1646.

Organização Mundial da Saúde. (2002a). Declaração de Alma-Ata. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (Orgs.), *As cartas da promoção da saúde* (p. 33). Brasília: Ministério da Saúde. (Original publicado em 1978)

Organização Mundial da Saúde. (2002b). Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (Orgs.), *As cartas da promoção da saúde* (pp. 19-27). Brasília: Ministério da Saúde. (Original publicado em 1986)

Organização Mundial de Saúde. (1990). *Declaração de Caracas*. Recuperado em 07 de Outubro de 2014, de http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf

Pelbart, P. P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti, A. (Org.), *SaúdeLoucura 2* (pp. 131-138). São Paulo: Hucitec.

Pelbart, P. (2006). O cuidado em saúde mental no território. In: Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. (Org.), *Atenção em saúde mental* (pp. 17-18). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.

Pontes, M. L. S. (2011). *“A hora h”: O imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre a adolescência*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Russo, R. C. T. (2008). *O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Simões, C. H. D. (2012). *Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: Imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Singer, P. (2005). Saúde mental e economia solidária. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Orgs.), *Saúde mental e economia solidária: Inclusão social pelo trabalho* (pp. 11-12). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Spink, M. J. P. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 300-308.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO.

Stroppa, A. L. P. C., Mello, C. A. S. L., & Heckert, U. (2007). Psicofarmacoterapia na Atenção Básica à Saúde. In: Ribeiro, M. S. (Org.), *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental* (pp. 189-220). Juiz de Fora: UFJF.

Tachibana, M. (2011). *Fim do mundo: O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Tanaka, O. Y., Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: Caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(14), 477-486.

Trapé, T. L. (2010). *O agente comunitário de saúde e a saúde mental: Faces e interfaces*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

Zia, K. P. (2012). *“Gota d’água”: Imaginário coletivo de educadoras inclusivas sobre ser professor em tempos de inclusão*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: ArtMed.

Anexos e Apêndices

Anexo A**Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia**

DIRETORIA DE
GESTÃO DE PESSOAS
E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
UMA CIDADE EDUCADORA

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "**O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental**" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os (as) pesquisadores (as) **Prof. Dr Rodrigo Sanches Peres e Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva** a realizarem a(s) etapa(s) de grupos psicanalíticos de discussão com agentes comunitários de saúde utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Elisa Toffoli Rodrigues
Elisa Toffoli Rodrigues
Coordenadora de Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde - PMU



Uberlândia, 12/07/13

Anexo B**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental

Pesquisador: Rodrigo Sanches Peres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20642613.0.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 485.803

Data da Relatoria: 22/11/2013

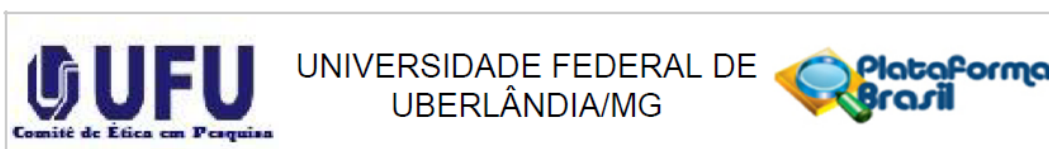
Apresentação do Projeto:

O projeto, intitulado "O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental", tem por escopo compreender o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde (ACS) de uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) de Uberlândia/MG em relação aos usuários de saúde mental. Ressaltam os pesquisadores que tais profissionais podem sofrer influências determinadas por preconceitos e estigmas em relação aos usuários de saúde mental. Diante do exposto, têm como campo de interesse a compreensão do imaginário coletivo de ACS em relação à temática saúde mental, adotando a noção de imaginário coletivo enquanto conduta que emerge em âmbito coletivo, se expressa no plano psíquico e diz respeito ao conjunto de crenças, emoções e imagens que determinado grupo constrói em relação a um fenômeno. Neste sentido, é possível afirmar que o imaginário coletivo estabelece relação com as condutas expressas na atuação no mundo exterior.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem como objetivo primário compreender o imaginário coletivo de Agentes Comunitárias de Saúde em relação aos usuários de saúde mental, especialmente no que tange aos usuários de saúde mental; à prática profissional junto aos usuários de saúde mental e- às políticas públicas que, em tese, devem fundamentar tal prática. A hipótese principal do projeto é que a constituição

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 485.803

do imaginário coletivo dos ACS acerca da temática saúde mental é influenciada por vivências, com determinantes históricos e culturais, cujas origens se situam para além do contexto de trabalho (por exemplo: estigmas e preconceitos). Por sua vez, tal imaginário estabelece relação com a forma como são oferecidos os cuidados em saúde por parte destes profissionais. Informam tratar-se pesquisa qualitativa, cuja metodologia será a realização de grupos psicanalíticos de discussão, para fazer circular o saber, o pensar de cada participante, despertar associações e formar conhecimento. Entendem que nos grupos será possível conhecer e compreender um pouco mais acerca do imaginário coletivo dos ACS acerca da temática proposta. Serão realizados quatro encontros em grupo, sendo que o último terá como objetivo avaliar a experiência junto aos participantes.

Crítérios de inclusão: participantes do presente projeto os ACS de uma das UAPSFs do bairro Jardim das Palmeiras, que ocuparem este cargo há pelo menos seis meses. A escolha da referida unidade deve-se, segundo os pesquisadores, à sua proximidade com os sujeitos elegíveis para o estudo em análise. Também, segundo informações dos pesquisadores, a abordagem de sete sujeitos deve-se ao fato de as unidades de saúde contarem com no mínimo quatro profissionais cada, sendo que na cidade de Uberlândia as mesmas costumam contar com cerca de sete componentes. Ressaltam, contudo, que há possibilidade de outra unidade ser selecionada caso o número de participantes seja menor que cinco. **Crítério de Exclusão:** ACSs que não se enquadrarem nos critérios de inclusão já descritos, e aqueles que se recusarem a participar do mesmo. Todos os encontros serão gravados em áudio e posteriormente tais gravações serão transcritas, constituindo-se como uma fonte de análise da pesquisa, e então desgravadas. Ressaltam que os grupos serão realizados no local de trabalho das mesmas, sendo constituídos por quatro encontros, com datas e horários ainda a agendar de comum acordo, sem prejuízo de função e sem ônus para os mesmos. Além disso, informam que os grupos serão conduzidos de acordo com os procedimentos descritos na literatura especializada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: identificação dos participantes, porém os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo absoluto a identidade dos mesmos, de modo a minimizar tal riscos, ainda que por motivos alheios aos pesquisadores. Apontam como benefícios diretos a obtenção de subsídios para o aprimoramento da assistência a usuários de saúde mental, e como indiretos a obtenção de um maior conhecimento sobre o assunto em pauta.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 485.803

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema demonstra relevância e projeto de pesquisa encontra-se adequado. Embora não haja apresentação do instrumento de coleta/análise de dados específico, informam que os encontros do grupo psicanalítico de discussão proposto constituirão o locus da coleta de dados, ao passo que as transcrições do grupo constituirão o corpus do projeto, o qual será submetido a interpretações a partir de aportes teóricos psicanalíticos. Ressaltam que se optou pela interpretação como procedimento metodológico para a análise de dados com o intuito de viabilizar a identificação dos significados latentes dos relatos apresentados pelos participantes do projeto. Cronograma e orçamento adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/UFU informa que todas as pendências que são apontadas (referentes a orçamentos, ao número de sujeitos e cronogramas) têm implicações éticas.

As pendências apontadas no parecer 452.909 foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

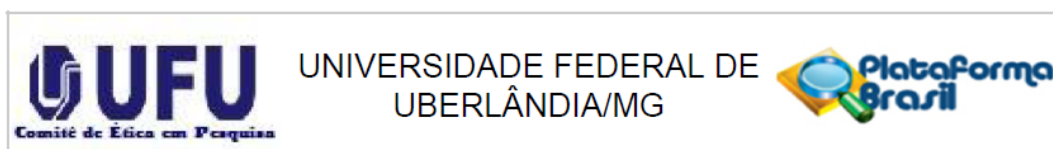
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU SOLICITA QUE, CASO O NUMERO DE SUJEITOS PARTICIPANTES DA UNIDADE ESCOLHIDA NÃO ATINJA O MÍNIMO DE 5, COMO OS PESQUISADORES INFORMAM, OS PESQUISADORES DEVEM PARAR A PESQUISA, SUBMETTER UM ADENDO COM A AUTORIZAÇÃO DA

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 485.803

E AGUARDAR A APROVAÇÃO DA EMENDA PELO CEP PARA RECOMEÇAR A COLETA DE DADOS.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: março de 2015.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- ζ O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- ζ O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- ζ O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ζ ANVISA ζ junto com seu posicionamento.
- ζ Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 485.803

deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

UBERLANDIA, 10 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rodrigo Sanches Peres e Mariana de Abreu Barbosa Pereira da Silva. Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender de que forma as agentes comunitárias de saúde de um Programa Saúde da Família compreendem os usuários de saúde mental e temas relacionados. Na sua participação, você deverá frequentar quatro encontros de um grupo, no qual serão discutidos temas relacionados à assistência em saúde mental, principalmente na atenção primária. Os encontros do grupo terão frequência semanal, cerca de uma hora de duração, ocorrerão em datas e horários a agendar de comum acordo e serão realizados em seu próprio local de trabalho. Os encontros do grupo serão gravados em áudio e posteriormente este material será transcrito e fará parte de um banco de dados para ser utilizado em análises futuras. As gravações em áudio serão descartadas depois de transcritas, o que contribuirá para que você não seja identificado(a). Na verdade, em nenhum momento você será identificado(a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O risco desta pesquisa consiste em, por motivos alheios aos pesquisadores, haver a identificação dos participantes. Os benefícios da participação desta pesquisa consistirão na obtenção de subsídios para o aprimoramento da assistência a usuários de saúde mental, bem como de um maior conhecimento sobre o assunto em pauta.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores:
Universidade Federal de Uberlândia, fone 34-32182182.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos:
Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus
Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP 38408-100; fone 34-32394131.

Uberlândia, dede 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Apêndice B

Produções gráficas construídas a partir da aplicação do Desenho-Estória com Tema



Desenho 4: A rejeição



Desenho 5: Paciente deprimido