

Lara Gonçalves Coelho

**Descobrindo experiências: compreensões de Agentes Comunitárias de Saúde
sobre a demanda em saúde mental**

**Uberlândia
2021**

Lara Gonçalves Coelho

**Descobrimo experiências: compreensões de Agentes Comunitárias de Saúde
sobre a demanda em saúde mental**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

**Uberlândia
2021**

Lara Gonçalves Coelho

**Descobrimo experiências: compreensões de Agentes Comunitárias de Saúde
sobre a demanda em saúde mental**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

Banca Examinadora

Uberlândia, XX de _____ de 2021.

Prof^a Dra. Renata Fabiana Pegoraro
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia-MG

Prof^a Dra Eliane Regina Pereira
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia-MG

Ms. Raissa de Brito Braga
Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis - SC

**Uberlândia
2021**

Dedicatória

À minha irmã, Ana Laura, pelo olhar atento acompanhado por perguntas que me movimentam.

Agradecimentos

Agradeço à minha mãe, Zenilda, pela coragem e por ser a minha força motriz. Ao meu pai, Evaldo, pelo suporte, a confiança e a esperança cotidiana.

À minha madrinha, Sônia Gonzaga, pelo incentivo, acolhimento e aconchego. Ao meu padrinho, Carlos Coelho, pela presença atenta e cuidadosa. À Josi Gonzaga, por me inspirar e por potencializar os meus sonhos, pela arte e palavras partilhadas. À Bel Coelho, pelo interesse genuíno no meu trabalho e pelo afeto em cada detalhe de sermos nós desde pititicas até então. À Luiza Sanchez, pelas conversas incansáveis sobre os temas que atravessam este trabalho e sobre a vida, o universo e tudo mais, por me acompanhar de pertinho.

À minha orientadora, Renata Pegoraro, pelas aulas e a possibilidade que ali encontrei de ser quem sou, acendeu uma luz dentro nos meus afetos na imensidão da Psicologia. Pela inspiração. Pelos caminhos trilhados no estágio básico. Pela aprendizagem e por me emprestar o seu olhar um pouquinho. Pelo acolhimento e cuidado.

Ao professor João Wachelke, pela amizade e parceria, pela presença e cuidado essenciais para este trabalho ter acontecido, pelos momentos de trocas de ideias. À professora Paula Medeiros, por ser lar, pela importância das palavras e dos posicionamentos, pela arte no encontro e nos caminhos. A ambos, pelas oportunidades em ocupar espaços que me transformaram.

À Carina Pereira, por sonhar e crescer comigo, por ir ao meu lado sendo no mundo. À Giovana Vansolini, por ouvir minhas loucuras/experimentações e acreditar nelas. Às amigas que deixaram e receberam um tanto de mim nos espaços de ensino-aprendizagem e para além deles, vocês foram essenciais para quem sou e onde estou.

À Brinquedoteca/Projeto Parangolé, por virar meu mundo ao avesso, por possibilitar o encontro com as desimportâncias e com tanta gente bocó, por me constituir e estar presente nas entrelinhas deste trabalho.

À Universidade Federal de Uberlândia, pela educação gratuita e de qualidade.

*Algumas palavras, mesmo cansadas,
guardam trincheiras.*

No risco de ser, rabiscam a experiência.

reverberam o que se cala

E para o que não há fala

notas em larga escala

pedaço de Sol no chão do cotidiano

desentendendo a certeza.

No jogo de ver

sombras ou corpos

descobrem, com braveza

sobre as partículas que formam a palavra pertencer.

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais essenciais na Atenção Primária à Saúde, atuando no território e transitando entre o serviço e a comunidade. Ao circular nesses locais, estão em contato com os processos de saúde e, portanto, de saúde mental dos usuários. Este trabalho buscou identificar a compreensão acerca da demanda de cuidados em saúde mental na APS e as ações desenvolvidas para ofertar tais cuidados, segundo ACS atuantes em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de um município mineiro. A pesquisa tem caráter qualitativo, descritivo e exploratório. Foi aplicado um questionário e realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco agentes comunitárias de saúde da UBSF, sendo a análise inspirada na análise temática de conteúdo. Assim, foram elaboradas as categorias: (A) A identificação da demanda em saúde mental pelo ACS; (B) Seguidos e cuidados em saúde mental: o que faz o ACS; (C) As faces da medicação: qual papel ocupa nos cuidados em saúde mental?; (D) Estratégias, possibilidades e desafios na atuação do ACS. Observou-se que o processo de identificação da demanda em saúde mental é complexo, sendo atravessado por um pensamento generalizante sobre quem é o usuário da saúde mental. A medicação aparece como critério para a realização de ações de cuidado. O discurso biomédico se mostrou predominante, sendo urgente repensar as formas de produzir o cuidado em saúde. Por fim, ressalta-se que as ACS desenvolvem seu trabalho a partir de tecnologias leves e suas falas revelam a necessidade de fortalecimento de seu trabalho por gestores e políticas públicas.

Palavras-chave: saúde mental; atenção primária à saúde; agente comunitário de saúde.

ABSTRACT

Community Health Agents (ACS) are essential professionals in Primary Health Care (APS), working in the territory and moving between the service and the community. When circulating in these places, they are in contact with the health processes and, therefore, the users' mental health. This work intended to identify the understanding of the demand of mental health care in the APS and the actions developed to offer such care, according to ACS working in a Basic Family Health Unit (UBSF) in a city in Minas Gerais. The research is qualitative, descriptive and exploratory. A questionnaire was applied and semi-structured interviews were carried out with five community health agents, the analysis being inspired by the thematic content analysis. Thus, the following categories were elaborated: (A) The identification of mental health demand by the ACS; (B) Follow-ups and mental health care: what the ACS does; (C) The faces of medication: what role does it play in mental health care?; (D) Strategies, possibilities and challenges in the performance of the ACS. It was observed that the process of identifying the demand in mental health is complex, as it is crossed by a generalizing thought about who the mental health user is. Medication appears as a criterion for carrying out care actions. The biomedical discourse was predominant, demanding to rethink the ways to produce health care. Finally, it is noteworthy that the ACS develop their work from soft technologies and their statements reveal the need to strengthen their work by managers and public policies.

Keywords: mental health; primary health care; community health agent.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ACS – Agente Comunitria(o) de Saúde

APS – Ateno Primária  Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

EqSF – Equipe de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio  Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Ateno Básica

PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Ateno Psicossocial

SES – Secretarias de Estado da Saúde

SUS – Sistema nico de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VD – Visita domiciliar

Sumário

INTRODUÇÃO	11
O Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Saúde Mental.....	15
DESENVOLVIMENTO.....	21
Problema de pesquisa e objetivos	21
Método	21
Resultados e discussão	23
(A) A identificação da demanda em saúde mental pelo Agente Comunitário de Saúde	24
(B) Seguintos e cuidados em saúde mental: o que faz o Agente Comunitário de Saúde.....	28
(C) As faces da medicação: qual papel ocupa nos cuidados em saúde mental?	37
(D) Estratégias, possibilidades e desafios na atuação do Agente Comunitário de Saúde	41
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde é uma figura central na Atenção Primária à Saúde (APS), com função estratégica na articulação do serviço com o território e participação importante na consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Historicamente, no Brasil, as experiências iniciais com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ocorreram no final da década de 1980, no Ceará, atuando em um programa emergencial de combate à seca que se tornou uma ampla estratégia de promoção à saúde (Mathias, 2008). Em 1991, devido à melhoria observada nos indicadores de saúde, em especial com a redução da mortalidade infantil, o Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias de Estado da Saúde (SES) estaduais e municipais, o estendeu à todo o país e instituiu o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Mendes, 2012).

As ações do PACS envolviam desde práticas como o cadastramento da população adscrita no território até o trabalho de promoção e proteção da saúde da criança e da mulher, tendo como perspectiva os casos mais vulneráveis (Giovannella & Mendonça, 2008). Com a expansão e operacionalização da atuação dos ACS com as famílias em seus territórios, esse modo cearense de pensar e organizar os cuidados na atenção primária serviu como modelo para o Programa Saúde da Família (PSF), lançado no início de 1994 pelo Ministério da Saúde como política oficial da Atenção Primária à Saúde (APS) no país (Mathias, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 399/2006 divulgou o Pacto pela Saúde o qual, no seu Anexo 1, considera que se deve “Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (Brasil, 2006). A partir desse momento, a compreensão do Programa

Saúde da Família foi revisada, saindo de uma perspectiva de intervenções a curto prazo, e passando a constituir uma estratégia (Estratégia Saúde da Família - ESF) contínua de organização e estruturação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS).

Ainda no âmbito do Pacto pela Saúde, em 2006 foi publicada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que incorporou à Atenção Primária características de um cuidado ampliado em saúde - corroborando com uma atenção à saúde com teor menos seletivo e com estratégia e ações abrangentes (Giovanella, 2008) - reorganizando a APS e fortalecendo e expandindo a Estratégia Saúde da Família (Melo, Mendonça, Oliveira, & Andrade, 2018; Giovanella & Pinto, 2018). Segundo a Portaria 2.436, de Brasil (2017):

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Nesse sentido, a APS é uma porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e se constitui como um espaço onde deve haver a promoção de cidadania e a proposição de ações com foco na família e na comunidade, atuando no território e pensando o cuidado da população ao longo do tempo (Brasil, 2007). De acordo com a PNAB (Brasil, 2017), para que sejam oferecidas as ações e o cuidado para o território, uma equipe de saúde da família (EqSF) deve ser formada por no mínimo um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitários de saúde.

Pensando no ACS inserido nessa equipe, suas atribuições são, de acordo com o artigo 3º da Lei nº 13595 de 2018 (Brasil, 2018):

O exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Em consonância com esse contexto de fortalecimento da APS, pensando em aumentar a resolutividade dos serviços, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, que passou a trabalhar como suporte às EqSF a partir do compartilhamento de casos mais complexos, das responsabilidades no cuidado e na construção de vínculo mais amplo com o território, com a possibilidade de acompanhar de forma longitudinal tais famílias (Brasil, 2017). Ademais, o NASF é formado por profissionais tais como psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, arte educador, entre outros, e que ficam responsáveis por fazer o matriciamento das equipes, isto é, oferecendo assistência e apoio técnico-pedagógico às mesmas, realizando ações conjuntas como visitas, atendimentos e discussão de casos (Campos & Gama, 2008).

De acordo com Gomes (2013, p. 11), o matriciamento ou “Apoio Matricial é uma estratégia de direcionamento do fluxo e se relaciona mais diretamente com a noção de matriz (lugar onde se gera). Nela são ofertados conhecimentos, saberes, propostas de ações e práticas conjuntas.” Nesse sentido, o matriciamento é uma ferramenta potencial para o desenvolvimento de uma gestão capaz de produzir e ofertar cuidados qualificados em saúde mental ou em outras áreas estratégicas (como a saúde do idoso ou a saúde da mulher), coesos com o seu território abrangente e também com as possibilidades da equipe que cuida. A integração do NASF com a ESF, na Atenção Primária, oportuniza que as singularidades das famílias e da comunidade sejam

consideradas ao se pensar o cuidado em saúde, construindo um serviço mais acessível e que esteja em constante diálogo com a população.

Nas palavras de Dimenstein et al. (2009, p. 66):

Essa articulação cria a possibilidade de efetivar a tão almejada clínica ampliada, cuja função, por excelência, seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência.

Diante disso, tem sido observado que a ESF confere destaque à equipe multidisciplinar e ao trabalho de prevenção de doenças e promoção de saúde, se mostrando um espaço propício para a articulação da saúde mental com a Atenção Primária (Campos & Gama, 2008). A maior proximidade dos profissionais da atenção básica com a comunidade possibilita um melhor conhecimento sobre o território, permitindo construir percepções acerca das demandas características e/ou possíveis daquele contexto sociocultural, de forma a contribuir para um acolhimento mais efetivo e para o planejamento e desenvolvimento de ações de prevenção e promoção em saúde mental (Moliner & Lopes, 2013).

Entendendo a importância da Estratégia Saúde da Família para o cuidado em saúde e a influência reguladora da Política Nacional de Atenção Básica sobre a mesma, destaca-se a recente reformulação da PNAB. Em 2011 ocorreu uma revisão da PNAB e foi revisada novamente em 2017 após processos políticos relevantes, como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 que deliberou o congelamento de gastos por 20 anos para a saúde e educação, ou as portarias nº 958 e nº 959 de 2016, que foram revogadas em função da inquietação e pressão dos profissionais da saúde, mas previam como facultativa a presença dos ACS nas equipes de Atenção Primária. Diferente da edição anterior, a PNAB de 2017 foi pensada

em um momento de crise política e econômica, como já apontavam algumas ações posteriores, tendo suas considerações feitas a partir de um discurso de eficiência econômica que, ao priorizar apenas a economia, ignora a construção de um serviço de saúde fortalecido (Melo, Mendonça, Oliveira, & Andrade, 2018).

Dentre muitas mudanças que caminham na direção contrária à consolidação de uma APS forte, algumas reivindicam um olhar mais atento neste trabalho. Uma delas é indefinição do número de ACS por equipe - anteriormente a PNAB indicava a necessidade de uma quantidade de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada (Brasil, 2012) - e a ausência de parâmetros coesos de cobertura, limitando a qualidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde e abrindo precedentes para uma grande redução do número de ACS por equipe e, conseqüentemente, da cobertura territorial (Morosini, Fonseca, & Lima, 2018).

Além disso, o uso de “outras estratégias de organização da Atenção Básica” além da ESF, nas quais os ACS não estão incluídos na composição mínima das equipes, representando um risco para a prática e existência desses profissionais e enrijecendo o cuidado em saúde, de modo a retornar a um modelo também enrijecido; e a integração dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Combate às Endemias, que não retrata uma articulação entre os campos do conhecimento, mas sim uma das operações da redução do quadro de trabalhadores das equipes (Morosini, Fonseca, & Lima, 2018). Cabe refletirmos: o que custa e a quem interessa essa nova política de financiamento da APS?

O Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Saúde Mental

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o ator que protagoniza a interlocução entre o território e o serviço de saúde, mediando e conciliando os saberes técnico-científicos aos saberes populares. O ACS é considerado como continuidade dos serviços de saúde dentro do território,

sendo o agente capaz de agregar os aspectos culturais à atenção primária, além disso, é também o responsável por estar atento às famílias de sua microárea, identificando junto a elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que atravessam a sua saúde (Brasil, 2009).

Nessa perspectiva, o ACS é um sujeito polifônico, isto é, ao exercer sua intercomunicação com o território, o Agente Comunitário de Saúde é reconhecido pela comunidade como quem representa o governo e simultaneamente recebido pelo serviço de saúde como quem representa a comunidade. Considerando essa movimentação, o ACS pode ser visto como quem faz a mediação de problemas e soluções, mas também é compreendido como quem evidencia as reivindicações da comunidade (Faria & Paiva, 2020).

Barreto et al. (2018) afirmam que, se a Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, então os ACS são a porta de entrada para a ESF. Assim, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde é entendido como fundamental para o planejamento e implementação de estratégias e ações de saúde, uma vez que direciona informações do território adscrito para as equipes de saúde da família (Alonso, Béguin, & Duarte, 2018).

Desse modo, ao se articular com o território o ACS vivencia os vários sentidos coletivos e particulares da comunidade e de seus integrantes, participando de seu cotidiano e se aproximando de suas vivências. Estando nesse lugar de pertencimento, de inserção no território, é possível exercer a lógica da experiência que, para Bondía (2002), é singular e produtora de diferença, heterogeneidade e pluralidade. Ou seja, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde permite que o serviço de saúde reconheça a diversidade de seu território e atue em consonância com a mesma, produzindo cidadania e reforçando o cuidado em saúde que não se limita à lógica biomédica.

O território, nesta pesquisa, é entendido a partir das concepções de Furlan (2008). Segundo a autora, o território é um espaço de identidades e existe em constante construção e reconstrução. Nele ocorrem relações dialéticas que moldam e configuram os espaços, com

sujeitos de desejos e interesses, instigados por processos históricos, trajetórias pessoais, movimentos sociais, relações sociais e de poder. É nesse território que coexistem modos de vida diversos.

Ainda de acordo com Furlan (2008), o trabalho no território possibilita, além das funções previstas pela PNAB, captar as relações e dinâmicas dos sujeitos em sua multiplicidade. Com isso, o fazer do ACS no território facilita o reconhecimento das determinações sociais (Almeida, 2018) que constituem o processo saúde-doença da comunidade adscrita, e dos recursos e limites presentes no território para lidar com tal processo.

Nesse sentido, a ação do ACS de realizar visitas domiciliares (VD) se destaca, já que o agente ocupa um lugar ainda mais próximo das famílias. Conforme a PNAB, o ACS deve realizar visitas domiciliares de acordo com a frequência planejada pela equipe e com as necessidades de saúde da população, priorizando as pessoas com agravos e maior precisão das visitas (Brasil, 2017).

A visita domiciliar é compreendida pelos ACS como uma maneira de se aproximar e apreender a realidade das famílias e conhecer o ambiente onde vivem, e que sua intervenção no espaço singular, que é a moradia das pessoas, não se restringe às questões de saúde física, incorporando aspectos relativos à dinâmica familiar e às particularidades de cada sujeito residente (Santana, Burlandy & Mattos, 2019). Dessa forma, a VD é entendida como um instrumento potente para promover o cuidado integral em saúde, indo além do ato de monitorar doenças e agravos (Nunes et al., 2018).

Nesse contexto, pensar o cuidado em saúde mental no território é fundamental para a atenção integral à saúde da comunidade. Para isso, é necessário antes contextualizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi instituída em dezembro de 2011 pela portaria nº 3.088 e tem como objetivo a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para

pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2011).

A composição da RAPS inclui a Atenção Primária em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Aqui, as Unidades Básicas de Saúde e os NASFs são pontos de atenção relevantes e estratégicos para a RAPS (Brasil, 2011).

A RAPS surge no âmbito da luta antimanicomial e do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, sendo importante na reorganização da atenção psicossocial e fomentando equipamentos substitutivos aos que compõem uma lógica asilar no cuidado à saúde mental. Segundo Pitta (2011), a Reforma Psiquiátrica cunha como política pública de saúde mental no Brasil, um modelo de atenção à saúde mental centrado na comunidade e não nos hospitais, que se orienta pelo enfrentamento do estigma, pela construção de políticas públicas que prezam a autonomia dos cidadãos, pela garantia do financiamento dos serviços e pela equidade de acesso à todos.

Observando que a APS está inserida na RAPS, o Agente Comunitário de Saúde se torna um dos protagonistas das ações de cuidado em saúde mental na comunidade, especialmente por estar inserido dentro do território. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), o ACS possui algumas competências a serem cumpridas em sua atuação na linha de cuidado em atenção psicossocial, sendo elas: a articulação de estratégias que proporcionem a integração da ESF e da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, tendo como diretriz o trabalho multiprofissional, a intersetorialidade e o trabalho baseado nos territórios; e o desenvolvimento de ações pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Há ainda a orientação para a capacitação dos ACS

a fim de que possam trabalhar na promoção e no cuidado em atenção psicossocial em sua microárea, objetivando o acolhimento e o estabelecimento de vínculo (Brasil, 2016).

Com isso, o ACS pode lançar mão de uma amplitude de sentidos a acrescentar na construção dos saberes e práticas em Saúde Mental na APS. Ao estar inserido em um território adscrito, mas que produz movimento ao ser entremeado por valores, crenças e diferentes formas de relacionamentos, o ACS pode transitar por onde se faz a produção de sentidos sobre a vida e o cotidiano e, então, perceber os processos de saúde relativos à saúde mental do território, gerando possibilidade de construção de saberes e práticas significativas, coerentes com as realidades locais (Santos & Nunes, 2014).

Transitando por tantas possibilidades no território, uma delas é o encontro com as demandas em saúde mental. Dimenstein et al. (2005) traz que os profissionais da saúde identificam diferentes demandas em saúde mental, mencionando questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, aos sujeitos após institucionalização prolongada em hospitais psiquiátricos, aos transtornos mentais graves, ao uso incorreto de benzodiazepínicos e as situações decorrentes da violência ou da exclusão social. Os ACS estarão em contato com as demandas específicas do seu território, experienciando-as no dia-a-dia junto aos usuários.

É evidente, então, que o Agente Comunitário de Saúde ocupa lugares importantes dentro do serviço de saúde, estando na linha de frente da porta de entrada do SUS. O ACS é visto como um sujeito de transformação social (Furlan, 2008). No entanto, é necessário cuidado ao produzir entendimentos sobre o ACS e suas práticas, visto que há alta chance de romantização do mesmo, colocando-o em uma posição idealizada e como único responsável por ações transformadoras em seu espaço de trabalho, sendo assim, faz-se importante o entendimento de que a transformação social ocorre lentamente, através de ações em conjunto e esforços contínuos de todos os cidadãos

(Tomaz, 2002), além de ser imprescindível a construção de políticas públicas e estratégias amplas de intervenção que vão além do âmbito da saúde (Furlan, 2008).

DESENVOLVIMENTO

Problema de pesquisa e objetivos

Entender quais são as demandas de saúde mental do território segundo os profissionais de equipes de saúde e como elas têm chegado à APS, como estão sendo compreendidas e o que se propõe como cuidado a partir delas, é uma ferramenta significativa para compreender as estratégias vigentes e pensar como tem sido a articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a APS de maneira sensível ao território e aos trabalhadores. Com isso, o objetivo deste trabalho é identificar qual a compreensão dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da demanda de cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde e as ações desenvolvidas a partir dessa compreensão.

Método

A presente pesquisa possui caráter qualitativo, descritivo e exploratório. Conforme esclarecem Lüdke e André (1986), as pesquisas qualitativas se constituem de características básicas, visto que fazem uso do ambiente natural como fonte de coleta de dados, sendo eles majoritariamente descritivos, de forma que atribuem maior importância aos significados que os sujeitos denotam aos fenômenos.

Foram convidados a participar da pesquisa os agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Uberlândia. Os critérios de inclusão foram: possuir interesse em participar do estudo, ser profissional por no mínimo três meses e ser maior de idade. Enquanto os critérios de exclusão foram: estar há menos de três meses atuando na unidade de saúde, estar de férias ou licença-saúde, disponibilidade horária incompatível entre o ACS e a pesquisadora.

O estudo utilizou como instrumentos de pesquisa uma ficha de dados para caracterização dos participantes – de autopreenchimento, que solicita informações sobre gênero, idade, tempo de trabalho do entrevistado; e um roteiro de entrevista semiestruturado para os profissionais ACS, formado por perguntas norteadoras e com o propósito de conhecer as ações dos profissionais voltadas mais especificamente para a saúde mental, a saber: (a) a existência de casos de pessoas com problemas de saúde mental na microárea de atuação, (b) de que modo esses casos são conhecidos/identificados por ACS e equipe, (c) se há discussão com a equipe sobre problemas de saúde mental, (d) como ACS e a equipe lidam com demandas de saúde mental, (e) se há ações direcionadas para o cuidado em saúde mental.

A coleta de dados teve início apenas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa que analisa o projeto de maior amplitude em nome da orientadora (CAAE: 91271218.7.0000.5152). Aprovado o projeto, uma dupla de pesquisadores fez um primeiro contato com a equipe de saúde para, de acordo com os locais e horários pré-agendados com esses profissionais, realizar a aplicação do questionário e as entrevistas, gravadas em áudio. A aplicação das fichas foi realizada coletivamente e individualmente, a partir do que foi melhor para a rotina da unidade e assim acordado com o gestor/enfermeiro, tendo o consentimento dos participantes. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas individualmente, com agendamento prévio, e ocorreram no ano de 2019.

No que tange aos aspectos éticos, prezou-se a autonomia de todos os participantes de forma que foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual informa a proposta da pesquisa, como ela será desenvolvida e os principais cuidados que serão tomados. As entrevistas foram feitas em locais reservados, prezando o sigilo e a segurança dos participantes. Considera-se assim, uma pesquisa de risco mínimo, já que busca não afetar o cotidiano de seus correspondentes. Para preservar a identidade das participantes optamos por não

indicar os nomes das unidades de saúde da família e empregar ACS1 para indicar a primeira entrevistada, ACS2 para a segunda e assim por diante.

Para a análise dos dados oriundos das entrevistas, após sua transcrição literal, os procedimentos foram inspirados na análise de conteúdo temática de Bardin (2009). Esse tipo de análise se dá em três momentos, o *primeiro* é denominado pré-análise e se caracteriza pela escolha dos dados a serem analisados, a partir da retomada dos objetivos iniciais do estudo; o *segundo* momento consiste na exploração do material, isto é, codificá-lo e transformá-lo em dados brutos, com o intuito de encontrar um núcleo de compreensão do material; no *terceiro* momento, conhecido por tratamento dos dados obtidos e interpretação, busca-se reunir e interpretar os temas surgidos por meio das unidades de fala propostas.

Resultados e discussão

As entrevistas foram realizadas com 5 agentes comunitárias de saúde, todas se identificaram com o gênero feminino, de 32 a 47 anos, atuantes como ACS de 1 a 4 anos por 40h semanais.

Na análise das entrevistas foi possível identificar quatro grandes temáticas que percorrem esta pesquisa e nos dão pistas sobre a compreensão das práticas e concepções do cuidado em saúde mental das agentes comunitárias entrevistadas, apontando: (A) A identificação da demanda em saúde mental pelo Agente Comunitário de Saúde; (B) Seguintos e cuidados em saúde mental: o que faz o Agente Comunitário de Saúde; (C) As faces da medicação: qual papel ocupa nos cuidados em saúde mental?; (D) Estratégias, possibilidades e desafios na atuação do Agente Comunitário de Saúde

A seguir serão apresentadas as temáticas em diálogo com a literatura.

(A) A identificação da demanda em saúde mental pelo Agente Comunitário de Saúde

As ACS trouxeram, a partir de suas experiências, que existem modos diferentes de identificação dos usuários de saúde mental na APS. Assim, os discursos podem ser apresentados em quatro situações: o usuário que já é acompanhado pela ACS; usuários de áreas recém assumidas pela ACS; usuários de microáreas descobertas; e a dificuldade na identificação das demandas de saúde mental.

Os discursos sobre a percepção do usuário de saúde mental que já é acompanhado oferecem um relato com sentidos estereotipados, como “ser agressivo, “conversar demais”, “chorar muito” e “ser depressivo”. Ao mesmo tempo, há o relato de uma sensação de medo presente na postura dos usuários. Existe um trânsito entre as características prontas (agressivo, choroso, depressivo), relatadas por ACS que já tiveram contato com esses usuários, e as compreensões que partem das experiências do ACS no território, que apreendem o olhar, os movimentos, as falas, como no exemplo: “*E mesmo quando ela não era da nossa equipe, ela já frequentava aqui bastante, então ela é muito chorosa, poliqueixosa*” [ACS4]. Ainda ilustram esse aspecto:

É o jeito deles conversarem com a gente, o jeito deles tratarem, o olhar deles sabe, eles ficam meio agressivo, meio inquieto, é... fica andando para lá e para cá assim ó... sabe? Parece que eles têm medo, eu não sei. [ACS1]

Na maioria desses casos a gente vê que a pessoa é depressiva [...] na conversa, no diálogo, aí você está conversando com ela, ela pega e já começa a chorar muito, ela é muito... como vou dizer, ela chora muito, ela reclama muito [...] [ACS2]

É importante destacar que a maioria das ACS entrevistadas relataram que identificam o usuário por ele chorar muito, reclamar bastante e ser/relatar ser depressivo. Além disso, aparece a identificação por saber que o usuário frequenta a unidade para consultar com a psicóloga e por fazer uso de medicamentos psicotrópicos:

Ah o sinal é assim, quando você entra na casa do paciente, você olha o ambiente, você querendo ou não dá uma olhada no ambiente, você vê se ela mora sozinha, o tanto de medicação que o paciente toma... Às vezes até o paciente ele mesmo se abre, ele fala “olha eu sou uma pessoa depressiva, eu tomo remédio para isso, para isso” “eu não estou conseguindo dormir”, você vê o estado do paciente, tem gente que é mais agitado, tem gente que é mais calmo, aí você vai notando, que é uma diferença né, entre as outras pessoas. [...] [ACS5]

Na identificação do usuário de microárea recém assumida, um profissional que já trabalha na unidade geralmente conta à ACS sobre como é o usuário que será encontrado na microárea, destacando, a partir do seu olhar, características que constituem essa pessoa como ser agressivo, depressivo ou usar medicação. É interessante observar que, no encontro da ACS com o usuário, essa expectativa do que seria encontrado pode não ser cumprida:

[...] como eu entrei há pouco tempo nessa área, eu já peguei já o caso pronto, [...] eu já peguei o caso andando, “ah aquela pessoa tem um déficit, ela tem um distúrbio, ela tem um distúrbio mental e você tem que tomar cuidado porque às vezes ela é agressiva” mas não é em todo caso que eles são agressivos, mas tem caso que eles são agressivos “o que você tá fazendo aqui, o que você quer aqui?” “eu não vou abrir portão” mas em outros casos eles parecem ser uma pessoa normal [...] Então na maioria dos casos com usuário,

não tem muito o que transmitir, que eles são receptíveis... Uma pessoa que conversa normal, e não transparece ser a pessoa que eles [equipe] falam que são.”[ACS2]

Então, questão de uso de álcool às vezes a gente consegue perceber porque tem cheiro e essas coisas né, ou alguém que relata alguma coisa... Eu acho que uma pessoa mais depressiva, a gente percebe que a pessoa às vezes é muito chorosa, ou reclama muito, às vezes até medicação também que a gente tem acesso a algumas informações que eles dão pra gente, seria mais assim. [ACS4]

A identificação também pode ocorrer quando o agente comunitário de saúde está em uma área descoberta, em virtude de férias, licença ou desligamento de um ACS sem que um outro profissional tenha sido alocado para atuar ali. O relato da ACS3 ilustra que, nesses casos, moradores da microárea ou o próprio usuário procuram ajuda:

Então a área descoberta, nesse caso [...] é um vizinho que falou, ou a gente está na rua, está andando, eles param a gente para comentar, muita gente para, igual... eu já fui em muita área descoberta, ela “ai eu quero falar com psicóloga porque eu estou passando por depressão, eu tive que sair do emprego” [ACS3]

Além das situações já descritas, há outras nas quais não há uma ideia prévia sobre o que define o usuário da saúde mental, isto é, quais elementos e/ou experiências que os diferenciam de outros usuários:

É porque, eu mesma, falando por mim, eu tenho dificuldade em identificar um paciente da saúde mental, porque a maioria delas não... aparentemente é uma pessoa comum, é uma

pessoa tipo a gente mesmo. De repente eu posso ser uma saúde mental e você não percebe né. [ACS4]

A partir desses recortes podemos destacar que prevalece um estereótipo do “paciente da saúde mental” na atenção primária à saúde, indicando que a divisão entre saúde física e saúde mental, apesar da Portaria 3088/2011 que estabelece a RAPS, continua. Isto posto, ressalta-se que a Reforma Psiquiátrica propõe uma visão mais ampliada de saúde, buscando entender que não há cisão entre saúde física e mental (Silveira, 2012). .

A Rede de Atenção Psicossocial, nesse contexto, segue em consonância com os fundamentos da Reforma, tecendo em suas diretrizes o cuidado integral e interdisciplinar, que busque reconhecer as determinações sociais de saúde e a singularidade de cada usuário (Brasil, 2011). As identificações dos usuários, relatadas pelas ACS, cumprem uma ordem inversa às diretrizes RAPS, pois há uma universalização dos sujeitos, que os enquadra como usuário de saúde mental a partir de um perfil delineado. Apesar disto, a fala da ACS4 mostra um movimento contracorrente ao descrever que o usuário em saúde mental não possui esse perfil prévio.

Mas afinal, o que podemos dizer sobre a demanda de saúde mental na APS? De acordo com Schutel, Rodrigues e Peres (2015), a demanda em saúde mental não se refere a um conceito ou elementos definidos, estáticos ou inquestionáveis, já que é produzida a partir da interação de elementos culturais, sociais e políticos, e é também fruto do modelo de produção da sociedade, neste caso, o capitalismo, sendo função do profissional em saúde reconhecer as demandas para além do pedido verbalizado. Em consonância, Amarante (2007, p.19) afirma:

[...] saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do

risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social.

Temos, portanto, que retomar o conceito de existência-sofrimento de Rotelli. No texto clássico “A instituição inventada” o autor faz uma crítica ao objeto da Psiquiatria, muitas vezes associado à periculosidade da pessoa (o ser agressivo, como algumas ACS apontaram) ou à doença (ser depressivo, por ex). Para Rotelli (2001) é impossível separar doença e existência da pessoa, esta sim, complexa e que pode ser compreendida apenas na trama social. Além disso, na perspectiva da existência-sofrimento não se almeja a cura, mas a emancipação da pessoa, e a possibilidade de singularização, o que nos leva à idéia de um plano de cuidados para cada pessoa, ou seja, o Projeto terapêutico singular.

Para Amarante (2007), a atenção à saúde mental na atenção primária é a mais sofisticada entre os níveis de atenção, visto que as ações não são padronizadas e massificadas, e sim mais complexas, como estar com a vizinhança, com a família, com os sujeitos em crise, com o cotidiano dos atores sociais em seu próprio território. Território que não é meramente físico, mas que “ (...) é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi” (Santos, 2001, p.96). Desse modo, reconhecer quais são as verdadeiras demandas em saúde mental exige a operação de ações implicadas com esses atores e com o seu contexto, através do olhar sensível, atento e qualificado, na prática profissional.

(B) Seguintos e cuidados em saúde mental: o que faz o Agente Comunitário de Saúde

Após a identificação dos casos de saúde mental, o que é feito para prosseguir com o cuidado desses usuários? Observou-se algumas ações que respondem a essa pergunta. As ACS realizam a visita domiciliar em suas microáreas e também a visita domiciliar compartilhada, em

conjunto com outros profissionais como a psicóloga, a assistente social e a enfermeira, para o acompanhamento do usuário em saúde mental:

[...] Eu faço minhas visitas, então, como eu sei que tem, então eu vou lá para saber o que tá passando né e tudo [...] Em equipe. Conversa, estuda, aí falo “[Psicóloga], nós temos que ir lá no [paciente] hoje, você me acompanha por ser da minha área, você me acompanha lá no [paciente] e tal, pra saber como ele tá”. Aí ela vai lá “o que foi que você sumiu? Não está indo nas minhas consultas, está acontecendo alguma coisa?” é assim, né. [ACS1]

Médico, ele tem, toda terça-feira ele faz a visita pra acamados e domiciliados, então seleciona os pacientes, né, e o agente responsável normalmente vai. Assistente social... quando a gente identifica algum caso, a gente passa pra ela e acompanha na visita, a mesma coisa com o psicólogo e... enfermeira também vai. Às vezes eu penso, é um paciente que eu identifiquei que tem uma necessidade de um cuidado maior às vezes, por exemplo, eu preciso que ele passe pelo médico, a enfermeira vai primeiro, e aí através da avaliação dela, ela consegue identificar se realmente tem que ser o médico ou se ela consegue resolver. É assim que funciona. [ACS4]

[...] Aí ele vai se sentido mais acolhido porque, por exemplo, o profissional saiu da unidade e foi até a casa dele, então aquilo ali ele se sente um pouco importante, ele se sente acolhido [...] [ACS5]

A visita domiciliar (VD) é uma ação importante para o cuidado em saúde mental na APS, pois através dela os profissionais podem atuar no território em conjunto com os usuários e seus

familiares, construindo e fortalecendo o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade (Barbosa et al., 2017). A VD permite que haja o rompimento com lógicas de isolamento e de exclusão, e o fomento da cidadania (Brasil, 2013b). De acordo com a Lei nº 13.595 (Brasil, 2018), no modelo de saúde pautado no cuidado multiprofissional, “é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa”, realizando-as de modo regular e periódico a fim de acolher e acompanhar os diversos usuários do serviço.

Através da visita, os ACS têm a possibilidade de adentrar a casa de uma família e, com isso, estar em contato não apenas com o ambiente físico mas com todas as singularidades que constituem e representam esse espaço. Nesse espaço-vida encontram-se sujeitos que vivem e se relacionam a partir de seus entendimentos de mundo, suas crenças, suas linguagens e experiências. No momento da visita há a oportunidade de acessar de *pertinho* a cultura e as peculiaridades daquela família, favorecendo a integralidade e a ampliação do olhar no cuidado em saúde. E para que seja permitida essa entrada a domicílio, é necessário que as pessoas que ali residem tenham confiança no ACS, o que exige uma performance sensível no trabalho dos agentes (Brasil, 2009).

Essa sensibilidade se refere à importância de saber o momento e a maneira adequados de realizar a aproximação com as famílias, evitando que seja uma ação invasiva e estabelecendo, consonante ao vínculo, uma relação confiante para profissionais e usuários (Brasil, 2009). As ACS relatam que vão até as casas dos usuários, de forma que assim, possam entender melhor o que tem acontecido ali e também oferecer acolhimento. Esse ato itinerante, de se deslocar no território e chegar até o usuário, faz com que as agentes busquem em suas ferramentas de trabalho estratégias para se conectar com os sujeitos e cenários encontrados no percurso e, então, produzir práticas de cuidado em saúde.

Para Merhy e Franco (2009), o trabalho humano que ocorre no momento do encontro nos espaços/serviços de saúde é o trabalho vivo em ato, caracterizado pela liberdade do trabalhador na configuração do seu processo de trabalho (Franco & Merhy, 2012), aspecto que viabiliza uma prática mais inserida na realidade territorial, visto que as agentes podem partir dos saberes que adquirem com a sua experiência naquela comunidade, subvertendo a lógica de um saber pré-determinado. O trabalho vivo, por acontecer no encontro, no movimento de relacionar-se com os outros, favorece a implicação dos usuários juntos aos profissionais na construção do próprio processo de saúde.

Pensando ainda nas visitas, há também o relato, ilustrado pela ACS4, de uma lógica hierarquizada, onde se identifica o usuário e logo ele é “passado” para outro profissional que assume o cuidado, contrapondo ao aspecto multiprofissional da equipe. Nessa perspectiva, opera-se em uma lógica individualista. Os autores Franco e Merhy (2012) identificam nessa circunstância uma rede que sofre interferências, boicotando a potência criativa dos trabalhadores e operando com velhos modelos de gestão do cuidado, tais que funcionam através de práticas de cuidado serializadas e prescritivas, ignorando as singularidades dos trabalhadores e dos usuários.

Desse modo, o trabalho vivo das ACS vai sendo sufocado por essas estruturas e modos de funcionamento que não têm relação direta com a ESF, sendo interessante que a gestão esteja comprometida em promover espaços de reflexão e transformação dessa norma. Entretanto, tendo em vista que o processo de produção de saúde é constituído por diversos vetores, políticos, culturais e históricos, deve-se ressaltar que são necessárias também mudanças em uma dimensão macropolítica.

Outra ação desenvolvida pelas ACS e que marca uma importante presença nas entrevistas são as orientações. Elas podem ser sobre cuidados importantes em saúde mental ou acerca do funcionamento do serviço como: *“Fala pra estar trazendo ele no grupo, da saúde mental,*

entendeu?” [ACS1] e “Orientar a não... não fazer uso do álcool, né, e vir participar dos grupos, tomar a medicação certinha [...]” [ACS3].

E ainda há o agendamento de consultas, que pode ser feito por outros profissionais, mas, geralmente, é uma ação das ACS:

Aí eu falo com a enfermeira, eu anoto o nome da pessoa, falo assim “olha a pessoa está sentindo um quadro de que está depressivo”. Aí marca, a gente marca com a [psicóloga], e é nesse sentido assim quando é na área descoberta.[ACS3]

Porque aqui funciona assim, independente se eu identifiquei o paciente ou não, às vezes ele já me relatou que fazia uso de alguma medicação, então a gente faz orientação pra consultar aqui. [...] Aí eu converso com a enfermeira, ou diretamente com a psicóloga. Eu explico a situação que vivi lá no momento da visita, aí a psicóloga, geralmente sempre funciona assim, ela já fala, então vamos agendar. Se ela estiver na sala dela e já tiver um horário livre, ela já me passa ou ela mesmo entra em contato com esse paciente, mas normalmente o primeiro contato a gente é que faz, né, agendando uma consulta, se o paciente quiser vir. [ACS4]

Nesse sentido, ao conversarem e se aproximarem dos usuários buscando compreender suas demandas, fazendo uma escuta qualificada, e ao oferecerem orientações e informações importantes em relação às possibilidades dentro da rede de saúde, os ACS fazem o uso de tecnologias leves ou relacionais. Esse espaço relacional, do encontro entre usuários e trabalhadores, é muito importante para a produção de cuidado, visto que manifestam-se ações cotidianas de cuidado à saúde, que vão além do pensamento metódico que observa ciclos patológicos e protocolos de tratamento, fazendo acontecer o cuidado no diálogo, no encontro, no

afeto, na observação das obviedades do dia-a-dia e o que delas pode escapar (Merhy & Franco, 2003).

A partir dessas práticas inseridas no cotidiano e no território, que instigam uma atenção itinerante à saúde – que vai até a comunidade – e constante, o usuário torna-se protagonista e sujeito ativo na produção do cuidado em saúde, seja individual ou coletivo, partilhando dessa responsabilidade com a equipe de saúde. Com isso, podemos apontar para o princípio de “protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos” da Política de Humanização, que reconhece o usuário como pleno cidadão de direitos e incentiva sua participação nos processos de produção de saúde. (Brasil, 2013a).

Ademais, de acordo com Àvila e Siniak (2017), o uso de tecnologias leves na APS caminha junto à Reforma Psiquiátrica e fortalece os princípios que a orientam, uma vez que se configura como uma ferramenta capaz de organizar a atenção integral em saúde mental para além do modelo tradicional, proporcionando que o trabalho na ESF confira destaque às singularidades e subjetividades dos usuários e famílias. Dessa maneira, oportunizar que os sujeitos manifestem suas particularidades e que sejam cuidados em liberdade no seu território, garante que o processo saúde-doença, em toda sua complexidade, possa ser melhor compreendido.

A comunicação com os outros profissionais do serviço (enfermeiro ou componente do NASF-AB) acerca das impressões que as ACS têm em seu trabalho aparece com grande frequência e, na maioria das falas a agente transmite o que percebeu e outro profissional decide e prossegue com o que deve ser feito. São exemplos: *“Aí a gente chega aqui e conversa com a assistente social, conversa com a [psicóloga], aí ela marca uma reunião né, eles vão lá conversam... e fazem o procedimento que tem que fazer.”* [ACS1] e *“[...] Eu faço minhas visitas [...] aí quando eu já trago o caso pra psicóloga, aí ela que resolve.”* [ACS1]. Ainda ilustram esses aspectos:

Então, eu discuto com a minha coordenadora de equipe, eu sento e vou falar “ah ele me falou que é usuário de droga, usa isso, aquilo, e aquilo outro” então a gente vai discutir e aí tem que chamar a psicóloga, que às vezes é caso de psicólogo, aí chama o psicólogo e a gente vai discutir o que eu vi que eu posso transmitir pra eles. [ACS2]

Aí eu passo pra psicóloga, ela anota na agenda dela e a gente vai lá fazer uma visita. Ela mesmo analisa o caso, se realmente for ela continua com o procedimento, marca consulta com a psiquiatra, fala dos grupos para o paciente, e assim vai. [ACS5]

Essas falas ilustram a função do ACS em ser a “ponte” entre a comunidade e a unidade de saúde: por estar no território as ACS identificam, observam, dialogam e informam os demais profissionais sobre o que perceberam (Brasil, 2009). No entanto, as ACS parecem receber tarefas a serem cumpridas, como dar orientação, observar o uso da medicação, agendar consulta, sem que, efetivamente, discutam e construam o plano de continuidade do cuidado para cada caso.

De fato, as ações citadas acima são previstas para o ACS de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a qual preconiza que todos os membros das equipes inseridas na atenção básica desenvolvam o trabalho de maneira interdisciplinar, discutam planejamento e as ações de trabalho e proponham intervenções da equipe e não de integrantes que influenciem no processo saúde-doença dos usuários e da comunidade (Brasil, 2017).

Tendo isso em vista e considerando que, em consonância com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), o ACS deve acompanhar a situação de saúde dos usuários para garantir o desenvolvimento do processo de cuidado e que o acompanhamento deve ser longitudinal, a ausência das ACS na discussão e no seguimento dos casos pode ocasionar uma interrupção nesse

acompanhamento, visto que outros profissionais passam a conduzir os casos sem a contribuição das ACS:

[...] Ai a partir daí ela [Psicóloga] já começa a tomar conta da situação e a gente vai fazendo as visitas e tal, alguns casos ela pede pra gente poder acompanhar se a pessoa está fazendo o uso da medicação direitinho. [ACS4]

A contribuição das ACS em propostas de intervenções, para além de transmitir o que puderam perceber, é de grande importância para a construção de ofertas de cuidado conectadas com os usuários e a comunidade, por ser a agente quem se insere - cotidianamente - nas vivências coletivas e singulares de sua microárea, tendo potencial para mediar os interesses dos usuários e as possibilidades das equipes de saúde. Essa situação reflete uma reprodução da lógica de trabalho hierarquizada entre os profissionais de saúde, própria do modelo biomédico, que se instala ao serem feitas demarcações de quem/qual categoria profissional possui os saberes, fazeres e poderes (Camuri & Dimenstein, 2010). Por serem forças institucionais já estabelecidas, torna-se difícil romper com esse modelo, mas necessário, para que se estabeleça a prática multiprofissional (Ferreira, Souza, & Bertagnoli, 2019) e horizontalizada.

Somando a essa temática, há uma fala interessante da ACS4, na qual ela nos conta que apesar de não haver um grupo de saúde mental na equipe dela (e das outras ACS entrevistadas), essa é uma ação que ocorre em uma outra equipe da mesma UBSF:

Sim, falando num todo, por exemplo, a equipe B tem um grupo que é muito interessante. A [enfermeira] que é a enfermeira responsável, ela participa bastante. Tem teatro, sabe. Eu vejo que o pessoal... ontem mesmo teve grupo, eu vejo que o pessoal fica muito à vontade, bem confortável. Talvez com a forma, como é uma equipe que tem um maior número de

pacientes em saúde mental, então parece que tem mais facilidade também. E eles tem amizade, tem o contato entre si né, então é bem tranquilo, na unidade toda é. [ACS4]

Os grupos terapêuticos em saúde mental na APS podem promover uma expressiva partilha de experiências entre os seus participantes, devido à diversidade dos sujeitos, histórias e conhecimentos ali presentes e que circulam pelo grupo (Brasil, 2013b). No espaço grupal acontecem as identificações, onde as histórias contadas podem ter aspectos semelhantes que conectam as pessoas. Ocorre também o encontro das diferenças, marcado pela singularidade de cada um e que gera tensionamentos que instigam movimentos no grupo, contribuindo com transformações e novas possibilidades de existência desses sujeitos e do coletivo.

A partir disso, os grupos podem provocar nos usuários a percepção de si mesmos e, em consequência, o entendimento de que são produtores de mudanças, sujeitos ativos em seus processos de saúde. Nesse caso, o trabalho com grupos é uma ferramenta alinhada à Reforma Psiquiátrica, visto que a perspectiva acerca das pessoas não é reduzida à diagnósticos, mas trabalham-se as possibilidades de existência (Minozzo et al., 2012). A presença e colaboração de ACS em grupos, além de ser prevista pela Portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), é capaz de fortalecer ainda mais esses aspectos, por somar com uma outra forma de olhar para o grupo.

É considerável no relato da ACS o seu olhar atento acerca dos grupos na Unidade, mesmo não participando/não havendo grupos em saúde mental na sua equipe, ela percebe como o grupo é fluido e demonstra fazer bem para os usuários, o que confirma a importância dessa atividade como uma ferramenta de cuidado. Para além dessa percepção sensível aos grupos, também se faz importante o fato de que não há grupos de saúde mental nessa equipe e, um questionamento que surge após os encontros com as ACS é o motivo de não existirem esses grupos. Qual é o caminho

para que o olhar da ACS possa ser compartilhado com a sua equipe e, então, possam ser construídos espaços para o cuidado em saúde mental nessa equipe?

Frente a isso, é essencial compreendermos os espaços de cuidado e de promoção de saúde em que as agentes são/estão inseridas. Como citado, há uma portaria (MS 2436/2017) que prevê a colaboração das ACS em grupos, incluindo os de saúde mental, mas na prática ainda são encontradas barreiras para a efetividade desta colaboração. Ao compreendermos os agentes como atores fundamentais para a consolidação do cuidado psicossocial e os grupos terapêuticos como uma estratégia antimanicomial importante, as possibilidades que essa relação poderia construir no território-cuidado devem ser consideradas. Na mesma medida, a ausência de articulação da equipe, para a inserção das ACS no diálogo sobre os casos, oportuniza a manutenção de um saber centrado nos "doutores" e não no reconhecimento dos saberes do território, além do não pertencimento dessas profissionais nas "demandas de saúde mental".

(C) As faces da medicação: qual papel ocupa nos cuidados em saúde mental?

Outra temática emergente nos discursos das ACS foi a presença da medicação, ela apareceu em diversos momentos, como na identificação dos usuários com demandas de saúde mental, nas ações de promoção e prevenção em saúde, nas visitas domiciliares, e na presença do usuário na UBSF para a busca de medicamentos. Faz-se necessário, então, entendermos qual é de fato o lugar ocupado pela medicação e qual sua relação com o cuidado em saúde mental na APS.

Um dos sentidos que a medicação assume na fala das ACS se refere a um lugar de controle da agressividade dos usuários em saúde mental. Ela tem um papel resolutivo, como fosse a solução única e final dessa agressividade, levando os sujeitos a uma suposta normalidade: “[...] Que a maioria é à base de medicação, então nunca tive assim, um caso de agressividade... essas coisas.” [ACS4]

Que tem hora que você chega e fala “não, essa pessoa não é do jeito que eles falam” e na outra vez que você vai ele já está totalmente transtornado, totalmente sem remédio, às vezes porque não consegue. Aí por eles ficarem sem remédio, eles ficam agressivos, eles te xingam, é assim. [ACS2]

Em outro momento, a medicação aparece como a ponte principal para os usuários irem à UBSF e integrarem os grupos realizados pela equipe. Nessa situação, a busca pelos remédios e/ou receitas tornam-se o objetivo pelo qual os usuários participam dos grupos, funcionando como estratégia central de vínculo e cuidado na APS: *“A gente chama para o grupo, a gente mudou o método agora de pegar e trazer as receitas para o próprio paciente vir e trazer as receitas no grupo para ele participar do grupo.” [ACS3]*

É, vem aqui pra ser atendido e tipo assim, aí passa a medicação que é uma dose, um pouco, que é o tanto que eles têm que tomar, pra eles está satisfeito [...]. “[...] a maioria não vem no grupo. Você chama pra vir, você vai lá e faz o convite “pra você saber como você vai lidar com o remédio” porque para eles tudo é remédio, pra eles o que melhora são os remédios, aí se você falar “vou trazer o remédio, aí você vem na consulta” e na verdade não vem com remédio, eles saem daqui mais nervosos. [ACS2]

Essa lógica de funcionamento que tem a medicação como ação principal remete ao modelo biomédico, o qual entende o sujeito a partir de uma perspectiva biológica, individualizante, mecanicista e universal, portanto, compreende a saúde como a ausência de doenças. Esse modelo propõe ações majoritariamente medicalizantes e diagnósticas, a fim de curar uma doença específica que acomete determinada parte do corpo (Cutolo, 2006; Puttini, Junior & Oliveira, 2010), desconsiderando as dimensões sociais, emocionais e afetivas que compõem o processo de saúde-doença.

De acordo Batistela (2007), essa concepção de saúde calcada no modelo biomédico, além de ser presente nas práticas profissionais, é bastante disseminada no senso comum. Com isso, podemos perceber nas falas das ACS que há uma relação mútua entre o desejo dos usuários sobre os medicamentos e as práticas da equipe de saúde, que favorecem e fomentam a continuidade dessa lógica biomédica. Essa relação evidencia ainda mais ao considerarmos a forte presença da indústria farmacêutica na atenção à saúde, fator que também fortalece a lógica de pensamento biomédica (Dimenstein, et al. 2005).

Apesar do modelo biomédico permitir intervenções mais pontuais, ele apresenta pouca resolutividade em referência ao trabalho da APS (Dimenstein, Santos, Brito Severo & Morais, 2005) e desconsidera que saúde e doença se referem a acontecimentos histórico culturais, construídos de acordo com cada sociedade, e não se limitam a efeitos biológicos (Minayo, 1997).

Portanto, é necessário reconsiderar as estratégias de cuidado, conforme Silva Júnior e Alves (2007, p.40):

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde.

É preciso, também, repensar a atenção à saúde mental na APS fora de um modelo pronto e fechado. Passando a compreendê-la como um processo social complexo que se encontra em constante movimento e transformação, angariando novos elementos, novas situações e novos protagonistas, e, portanto, novos interesses, ideologias, concepções teóricas, religiosas, étnicas, e

novas visões de mundo (Amarante, 2007). Para então, fazer com que a produção do cuidado esteja também em movimento, caminhando de acordo com a os usuários e a comunidade.

Outro sentido, que aparece na fala de apenas um dos ACS entrevistados mas que se destaca, é a medicação como critério para que ocorra a visita domiciliar quando há a observação de que determinado usuário, já cadastrado, não está fazendo o uso devido dos seus medicamentos, isto é, quando o usuário não está indo na UBSF buscar a receita do medicamento ou comparecendo na unidade para aplicação (injeção), indicando que está sem a medicação. Sendo assim, faz-se necessária uma maior atenção do ACS para o caso:

Eu tenho um que tem a medicação que tem que vir buscar a receita aqui e tomar injeção no [Serviço de Saúde], então se ele não vier buscar, ele tá sem a medicação e eu tenho que ir atrás para saber o porquê ele tá sem essa medicação.[...] Mas o dia a dia, a diária, normal, a gente conversa, a gente pergunta, pergunta se a medicação tá em dia, vai atrás quando tem uma medicação. [ACS3]

A análise das falas que trazem o sentido dos medicamentos aponta para uma questão importante: esses remédios dão conta de todo o cuidado? Em resposta negativa a esta indagação, as ACS contam sobre a importância de um olhar que acompanha o usuário em seus contextos e que entenda suas necessidades para além da medicalização: “[...] e às vezes não é isso que eles estão precisando, é outra coisa, mas tem caso que eles já vieram aqui brigar pra poder querer medicamento, que quer aquele medicamento porque pro CAPS eles não vão.” [ACS2]

Porque eu acredito, [E1], que se a gente der para ele... porque a promoção engloba vários fatores né, a gente tem que conhecer o ambiente que ele vive, o meio social que ele convive no geral, a família e tal. Porque um paciente que eu não sei qual a realidade

dele, você concorda comigo que fica difícil ele chegar aqui, ele faz uma queixa, eu já faço uma receita?[...] [ACS4]

Então pode ser que eu não esteja tratando, que eu não esteja promovendo a saúde dele, já com a medicação. Em alguns casos é importante, eu acredito que seja, mas a gente tem que conhecer bastante o paciente, antes de passar uma medicação para ele. Tem que dar um tempo né. [ACS4]

Esses relatos apresentam uma orientação diferente daquela pautada pelo modelo biomédico, demonstrando a importância da escuta e da disponibilidade para se fazer o cuidado, buscando entender quais as demandas estão implícitas na busca pela medicação. É uma perspectiva que permite ao usuário que se manifeste em suas possibilidades de existência, considerando sua singularidade e o que compõe o seu processo saúde-doença.

(D) Estratégias, possibilidades e desafios na atuação do Agente Comunitário de Saúde

O trabalho do agente comunitário de saúde é atravessado pela diversidade de estar em movimento entre a comunidade e a equipe de saúde, de maneira que no território do trabalho do ACS coexistem desafios e possibilidades próprias da sua prática. Então, a partir disso, são utilizadas estratégias que buscam corresponder à essa particularidade, como encontrar o “jeitinho” de conversar como cada sujeito, a escuta, as visitas e propostas que podem ser feitas: “[...] então é aonde a gente vai auxiliando, a gente encontra na rua brinca, conversa, mas sempre falando, mas, e sempre trazendo ele para cá. [...]” [ACS3]

[...] Aí você tem que, tipo assim, enquadrar no sentido deles, você tem que ir falando algumas coisas pra eles poderem deixar você chegar lá pra saber o que está passando e o que deixa de passar, entendeu? [...] ali, você tem que ter uma estratégia pra poder entrar

e saber o que realmente ele tá precisando, talvez numa conversa que você tem com ele, ele já muda seu... seu pensamento, já te recebe de outra forma, já sabe que você não tá ali pra fazer o mal porque eles pensam que a pessoa que vem da UBS tá ali pra poder internar eles lá, eles já não aceitam muito bem isso, acha que a gente tá indo lá pra saber se... pra poder chamar o CAPS ou alguma coisa assim, então a gente vai lidando com a fala [...] [ACS2]

Então, as atividades em si, eu acredito que seriam os grupos, né, para hipertensos e diabéticos, para gestantes, saúde mental a nossa equipe não tem um grupo formado porque a gente tem poucos pacientes e também não tem adesão. Esses seriam os grupos de promoção e prevenção, e no mais é nossa conversa no dia-a-dia né, com cada paciente, o trabalho que a gente faz, de porta a porta. [...] Eu acho que a promoção começaria aí, na escuta, nas visitas, a gente tem que ter boas propostas para os pacientes, entendeu? [ACS4]

Encontrar a forma para dar início a uma conversa, que tom usar, como perguntar, integram a estratégia de construção de vínculo entre equipe-usuário. Com isso, é possível salientar que as ACS percebem a necessidade do atendimento humanizado, condizente com as vivências e a realidade dos usuários, baseado em um vínculo terapêutico entre profissional e usuário (Aosani & Nunes, 2013). O vínculo pode ser considerado como uma relação mais próxima e que, ao longo do tempo, se torna fortalecida e com laços mais estreitos, possibilitando o cuidado longitudinal e evitando intervenções desnecessárias (Brunello et al., 2009).

É interessante destacar a fala da ACS4 que conta um pouco sobre como essas estratégias podem fortalecer a relação entre a população adscrita e as equipes de saúde da UBSF:

Tranquilo, porque assim, esses pacientes, os que tem uma necessidade maior, uma carência maior, são mais frequentadores, no caso. Às vezes a gente chama até de “superutilizadores”. Então acaba que eles se tornam um membro da equipe, porque ele vem tanto, e ele cria vínculos, entendeu? Então ele é bem recebido por todos, às vezes cada um de nós acolhe, entendeu? É bem tranquilo, assim. [ACS4]

Para finalizar essa temática, a fala da ACS5 ilustra bem as aventuras vivenciadas nos caminhos percorridos pelos agentes comunitários de saúde:

A visita né [...] tem paciente que recusa, a gente já chega lá e ele se recusa a ser atendido, aí às vezes a gente vai conversando aqui, vai conversando, na rua mesmo a gente vai conversando “ah, a gente vai fazer uma visita e tal, tirar uma ideia com você”. Aí ele vai se sentido mais acolhido porque, por exemplo, o profissional saiu da unidade e foi até a casa dele, então aquilo ali ele se sente um pouco importante, ele se sente acolhido, então é um ponto bom porque às vezes você vai lá e vê que a pessoa está com um problema de saúde e fala “óh, vai lá no postinho e tal procurando o psicólogo”, ele já acha difícil, pra ele já é difícil né, porque ele tem o problema e ele procurar ajuda é mais ainda, então quando a gente vai até eles, é melhor. Aí acaba que eles se abrem, sabe? Aí depois eles vêm nos grupos, porque tem os grupos que a psicóloga faz, eles costumam vir. Ou então, por exemplo, ela vai lá e conversa com ele, com o paciente, vê que ele tem um problema, aí ela vai e fala pra ele “ó, eu vou marcar consulta pra você e depois as agentes de saúde trazem aqui, e realmente, a gente leva e ele vem na consulta certinho. [ACS5]

As ACS relatam que para conseguirem realizar seu trabalho, é necessário lançar mão de algumas estratégias de ação que vão sendo executadas no decorrer de sua prática, em ato. São ações como a escuta, as visitas domiciliares, propostas coerentes aos usuários e às possibilidades do território, e se colocar na relação de acordo com o sentido dos usuários, e que visam ir de encontro com os desafios que aparecem na prática, como a recusa para uma visita domiciliar e os receios e dificuldades dos usuários em relação à rede de atenção à saúde.

Há também uma estratégia de busca ativa, que se caracteriza por uma ação de identificação das vulnerabilidades presentes no território, que se faz possível ao tecer a aproximação com os usuários e buscar compreender suas necessidades, especialmente pela visita domiciliar, gerando a prevenção de futuros problemas e/ou agravos (Silva, et al., 2018). Além disso, existe ainda um processo de facilitação e ampliação do acesso dos usuários aos serviços da rede, colaborando para o vínculo entre unidades de saúde e usuários.

Ressalta-se, então, a importância do trabalho do ACS no território e a potencialidade de suas práticas. Ações como o acolhimento, a escuta, o diálogo atento e cuidadoso, promovem o surgimento de relações respeitadas e confiantes, que prezam pela diversidade e as particularidades de cada sujeito. São práticas que valorizam os saberes de todo o coletivo que compõe o processo de saúde-doença, isto é, dos usuários, dos familiares, da comunidade e dos profissionais de saúde (Ávila & Siniak, 2017).

Essas práticas e estratégias articuladas pelas agentes comunitárias de saúde na APS produzem saúde integral, universal e humanizada, tensionando com as lógicas dominantes de pensar o cuidado em saúde. São ações que fazem resistências ao modelo biomédico, não as resistências opositivas, mas inventivas, propositivas, conforme Zanella (2012). Para a autora, a resistência propositiva não parte do pressuposto do embate, mas da possibilidade da manifestação das singularidades dos sujeitos. Possibilidade, essa, que é constantemente incentivada pelo

trabalho das ACS, ao investirem na relação com os usuários se colocarem disponíveis aos mesmos.

CONCLUSÃO

Esse estudo conseguiu capturar elementos importantes na compreensão das Agentes Comunitárias de Saúde entrevistadas acerca da demanda em saúde mental. Foi possível observar que há uma forma prevalecente de identificar essa demanda, baseada em uma noção generalizada dos sujeitos, desconsiderando os diversos fatores que os constituem. Apesar disso, há também a insurgência, ainda que em minoria, de um olhar que não se prende aos estereótipos. Tal olhar favorece a perspectiva de um sujeito/usuário integral sendo importante potencializá-lo. Reconhecer a demanda em saúde mental é um exercício complexo e envolve um trabalho minucioso das ACS.

As ações de cuidado em saúde mental ofertadas pelas ACS acontecem no cotidiano de seus trabalhos, em visitas domiciliares, orientações e partilha dos casos com outros profissionais, principalmente na forma como acontecem essas ações, quer dizer, no diálogo com os usuários, na atenção necessária na relação ACS-usuário e na troca de experiências ao caminhar pelo território. Com isso, é importante entender as composições desse trabalho e as suas articulações e influências no/do coletivo de toda a equipe da APS, ressaltando que, neste estudo, foi notável a presença do modelo biomédico nas relações de trabalho, o que pode colocar alguns entraves nas práticas das ACS.

Além disso, o papel da medicação e sua relação com o trabalho das ACS e com os cuidados em saúde mental se destacou. Em algumas ocasiões, a medicação ocupa um protagonismo perigoso nas ações de cuidado. É importante que seus benefícios sejam reconhecidos, assim como é imprescindível que haja uma observação sensível e capaz de entender as demandas implícitas dos usuários. Novamente, a lógica biomédica é bastante presente no modo de produzir o cuidado.

Esse modelo institui diversas práticas e saberes, de modo que organiza uma forma majoritária de pensamento no serviço. Com isso, o trabalho vai se movimentando em torno de uma lógica hierárquica de saber, a qual a razão médica torna-se principal e as práticas pouco coletivas. Nessa situação, é essencial esse modelo que seja repensado, de forma sistemática e contínua, a fim da promoção e implementação de práticas que potencializem a APS.

As ACS, no decorrer de suas práticas, fazem despontar por entre as dificuldades diversas estratégias e maneiras de se conectarem com os usuários. Vão formando laços e fortalecendo relações, se reinventam ao estarem com os usuários. É certo que as ACS não são super heroínas com poderes de transformar sozinhas toda uma rede de cuidados, mas são agentes muito relevantes para o fazer de práticas mais humanizadas e que visam o sujeito em sua integralidade, provocando rachaduras no modelo hegemônico (biomédico). Para tanto, o apoio de políticas públicas, uma gestão qualificada e o reconhecimento e valorização do trabalho das ACS, são fatores essenciais para que as agentes possam dar continuidade em suas práticas.

Pensando nisso, é importante situar que as entrevistas foram feitas em um tempo diferente destas considerações. Vivemos, no momento desta escrita, um contexto de pandemia Covid-19, onde além da situação pandêmica enfrentamos a tentativa de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental e a disseminação de informações falsas e negacionistas. Fica uma pergunta: quem cuida dessas agentes cuidadoras? Que estão no território, em contato direto com a população em um momento onde há medo e desinformação.

Para finalizar, é relevante ressaltar que este trabalho foi produzido a partir das análises de um determinado espaço, que no conceito do geógrafo Milton Santos é constituído em forma de processo a partir das relações ali tecidas, então não é inerte e pode vir a se organizar/ser a partir de outros pensamentos, sendo este trabalho uma das várias possibilidades de olhar para tal. Há ainda uma importância em dizer que este trabalho, tal qual Diego no Livro dos Abraços, de

Eduardo Galeano, pede ajuda para olhar a imensidão do mar: então, o que mais podemos enxergar a partir desta tese? Que o trabalho feito aqui possa suscitar novas discussões acerca do tema proposto.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. R. (2018). *A formação social dos transtornos do humor*. (Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva). Disponível em:
https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153333/almeida_mr_dr_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Alonso, C. M. C., Béguin P. D., & Duarte, F. J. C. M. (2018). Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saude Publica*, São Paulo, 52:14, 1-13. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395.pdf
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Aosani, T. R. & Nunes, K. G. (2013). A Saúde Mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 71-80. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt&nrm=iso
- Ávila, M. B. & Siniak, D. S. (2017). Ações de saúde mental desenvolvidas em uma estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem USFM*, 7(3), 388-397. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26237/pdf>
- Barbosa, B. V. F., Cavalcanti, A., Alcântara, M. C. A., Pedroza, R. M. & Ferreira, S. H. V. (2017). O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Rev Fund Care Online*, 9(3), 659-668. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116009.pdf>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (4ª ed). Lisboa: Edições 70.

- Barreto, I. C. H. C., Pessoa, V. M., Sousa, M. F. A., Nuto, S. A. S., Freitas, R. W. J. F., Ribeiro, K. G., Vieira-Meyer, A. P. G. F., & Andrade, L. O. M. (2018). Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, 42 (1), 114-129. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/114-129/pt>
- Batistella, C. E. C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A. F.; Corbo, A. M. D. (Org.). *O território e o processo saúde-doença* (pp-51-85). Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>
- Brasil. Lei nº 13.595 de 05 de janeiro de 2018. (2018, 05 janeiro). Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2007). *Política Nacional de Atenção Básica*. (4. ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2013a). *Política Nacional de Humanização PNH*. 1ª ed. Ministério da Saúde, Brasília: DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013b). *Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica, n 34*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2016). *Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf

Brasil. Portaria nº399 (2006, 22 janeiro). Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Brasil. Portaria Nº 2.436 (2017, 21 setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Portaria nº 3.088 (2011, 23 dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

- crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brunello, M. E. F., Ponce, M. A. Z., Assis, E. G., Andrade, R. L. P., Scatena, L. M., Palha, P. F. & Villa, T. C. S. (2010). O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 131-135. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021
- Campos, O. C. & Gama, C. (2008). Saúde Mental na Atenção Básica. In G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerrero *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada* (pp. 367-387). São Paulo. Disponível em: http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf
- Camuri, D. & Dimenstein, M. (2010). Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Soc. São Paulo*, 19(4), 803-813. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400008&script=sci_abstract&tlng=pt
- Cutolo, L. R. A. (2006). Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 16-24. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>
- Dimenstein, M.; Santos, Y. F.; Brito, M.; Severo, A. K. & Moraes, C. (2005). Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. *Mental*, 3(5), 33-42. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde

- mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 18 (1), 63-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>
- Faria, C. C. M. V. & Paiva C. H. A. (2020). O Trabalho do Agente Comunitário De Saúde e as Diferenças Sociais no Território. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 18, 1-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0025183.pdf>
- Ferreira, J. B., Souza, L. V., & Bertagnoli, M. S. F. F. (2019). Facilitação de diálogos com profissionais na Atenção Primária em Saúde. *Revista da SPAGESP*, 20(1), 82-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100007
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 151-163. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034%20>
- Furlan, P. G. (2008). *Veredas no Território: Análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde*. Dissertação (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309411/1/Furlan_PaulaGiovana_M.pdf
- Giovanella, L. (2008). Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (Sup 1), s7-s27. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>
- Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2008). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. (1ª Ed.). (pp. 575-625). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Gomes, L. M. D. (2013). *O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Integralidade na Atenção Básica em Saúde Mental em um Município da Região Serrana do Rio de Janeiro*. Dissertação (Dissertação de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na

Região Leste do Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca).

Disponível

em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36377/2/ve_Lucia_Macedo_ENSP_2013

Lüdke, M. & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Mathias, M. (2008). ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. *Revista Poli Saúde Educação Trabalho*, ano I, nº1, set./out., pp.24-26.

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. M., Oliveira, J. R., & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42 (n. esp. 1), 38-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>

Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Revista Saúde em Debate*, 27(65). Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emers_on_merhy_tulio_franco.pdf

Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2009). Trabalho em Saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>

- Minayo, M. C. S. (1997). Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural. In: A. Amâncio Filho, & M. C. G. B. Moreira (Orgs.), *Saúde, trabalho e formação profissional* (pp. 31-39). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787-04.pdf>
- Minozzo, F., Kammzetsler, C. S., Debastiani, C., Fait, C. S., & Paulon, S. M. (2012). Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal: Revista De Psicologia*, 24(2), 323-340. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4898>
- Moliner, J. & Lopes, S. M. B. (2013). Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Revista Saúde e Sociedade*, 22(4), 1072-1083. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/10.pdf>
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42 (116), 11-24. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt>
- Nunes, C. A., Aquino, R., Medina, M. G., Vilasbôas A. L. Q., Júnior, E. P. P., & Luz, L. A. (2018). Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde em Debate*, 42 (n. esp. 2), 127-144. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0127.pdf>
- Pinto, L. F. & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903-1913. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>
- Pitta, A. M. F. (2011) Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>

- Puttini, R. F.; Pereira Junior, A. & Oliveira, L. R. (2010). Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 753-767. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In: F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. (pp. 89-100). São Paulo: Hucitec
- Santana, V. C., Burlandy, L., & Mattos, R. A. (2019). A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). *Saúde em Debate*, 43 (120), 159-169. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0159.pdf>
- Santos, G. A., & Nunes, M. (2014). O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24 (1), 105-125. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2014.v24n1/105-125/pt>
- Santos, M. (2001). *Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Schutel, T. A. A.; Rodrigues, J. & Peres, G. M. (2015). A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Ciência e Saúde*, 8(2), 85-93. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/20167>
- Silva, P. M. C.; Costa, N. F.; Barros, D. R. R. E.; Silva Júnior, J. A.; Silva, J. R. L., & Brito, T. S. (2019). Saúde Mental na Atenção Básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-12. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n1/2346-3414-cuid-10-1-e617.pdf>

Silva Junior, A. G. S., & Alves, C. A. (2007). Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, M. V. G. C., & Corbo, A. D. (Orgs). *Modelos de Atenção e a Saúde no Brasil*. (240p.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Silveira, E. R. (2012). Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2377-2386. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000900018&script=sci_abstract&tlng=pt

Tomaz, J. B. C. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (10), 75-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>

Zanella, A. V.; Levitan, D.; Almeida, G. B. & Furtado, J. R. (2012). Sobre reXistências. *Revista Psicologia Política*, 12(24), 247-262. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000200005