

Demanda de saúde mental segundo experiência de Agentes Comunitárias de Saúde

Demanda de salud mental según la experiencia de los Agentes Comunitarios de Salud

Mental health demand according to the experience of Community Health Agents

Lara Gonçalves Coelho

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia - MG/Brasil

ORCID: 0000-0002-6875-7291

E-mail: laracoelho011@live.com

Rafael Camilo Gonçalves

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia - MG/Brasil

ORCID: 0000-0002-9917-7521

E-mail: rafaelcamilopsi@gmail.com

Renata Fabiana Pegoraro

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia - MG/Brasil

ORCID: 0000-0001-6052-5763

E-mail: renata.pegoraro@ufu.br

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 artigo buscou identificar a compreensão acerca da demanda de cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde segundo agentes 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 realizou-se entrevistas com roteiro semiestruturado com cinco agentes comunitárias de saúde da UBSF, sendo a análise inspirada na análise temática de conteúdo. Assim, foram elaboradas as categorias: (A) Modos de identificação dos usuários de saúde mental; e (b) O papel da visita domiciliar e a presença do NASF. 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 visita domiciliar é a ferramenta primordial para compreensão da demanda e realização de orientações. Ressalta-se que as agentes 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-chaves: Saúde mental; Atenção primária à saúde; Agente comunitário de saúde.

Resumen

Los Agentes Comunitarios de Salud son profesionales imprescindibles en la Atención Primaria de Salud, que actúan en el territorio y se mueven entre el servicio y la comunidad. Al circular por estos lugares, están en contacto con los procesos de salud y, por tanto, con la salud mental de los usuarios. Este artículo buscó identificar la comprensión de la demanda de atención en salud mental en Atención Primaria de Salud según agentes que laboran en una Unidad Básica de Salud Familiar (UBSF) en una ciudad de Minas Gerais. La investigación es cualitativa, descriptiva y exploratoria. Se aplicó un cuestionario y se realizaron entrevistas mediante guión semiestruturado con cinco agentes

comunitarios de salud de la UBSF, y el análisis se inspiró en el análisis de contenido temático. Así, se crearon las siguientes categorías: (A) Modos de identificación de usuarios de salud mental; y (b) El papel de la visita domiciliar y la presencia de la NASF. Se observó que el proceso de identificación de la demanda en salud mental es complejo, siendo atravesado por un pensamiento generalizador sobre quién es el usuario de salud mental. Las visitas domiciliarias son la herramienta principal para comprender la demanda y brindar orientación. Es de destacar que los agentes desarrollan su trabajo a partir de tecnologías ligeras y sus declaraciones revelan la necesidad de fortalecer su trabajo por parte de los gestores y las políticas públicas.

Palabras clave: Salud mental; Atención primaria de salud; Agentes comunitarios de salud.

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) The role of home visits and the presence of NASF. 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 workers.

Introdução

O Agente Comunitário de Saúde é uma figura central na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem 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, a partir de 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 a redução da mortalidade infantil, o Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias de Estado da Saúde (SES) estaduais e municipais, ampliou o alcance a todo o país, instituindo 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 junto às famílias em seus territórios, esse 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, por meio da Portaria nº 399/2006, divulgou o Pacto pela Saúde o qual, no seu Anexo 1, considerou que se devia “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” (Portaria n. 399, 2006). A partir desse momento, adotou-se a saúde da família como estratégia contínua de organização e estruturação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS): o Programa Saúde da Família deu lugar à Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ainda 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 (Giovannella, 2008) - reorganizando a APS, fortalecendo e expandindo a Estratégia Saúde da Família e o cuidado no território (Melo, Mendonça,

Oliveira, & Andrade, 2018; Pinto & Giovanella, 2018)

De acordo com a atual PNAB (Brasil, 2017), para que sejam oferecidas as ações e os cuidados em território, uma equipe de saúde da família (EqSF) deve ser formada por, no mínimo, um médico de família ou generalista, um enfermeiro, auxiliares e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). As atribuições dos ACS, de acordo com o artigo 3º da Lei nº 13595 de 2018, envolvem:

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 (Lei 13595, 2018, sp.).

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, responsável pelo suporte especializado 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). O NASF pode ser formado por profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, arte educador, entre outros, os quais realizam o matriciamento das equipes, isto é, oferecem assistência e apoio técnico-pedagógico às mesmas, efetuam ações conjuntas como visitas, atendimentos e discussão de casos (Campos & Gama, 2008).

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

Na revisão da PNAB em 2017, no contexto da aprovação da Emenda Constitucional nº 95 que deliberou o congelamento de gastos públicos por 20 anos para a saúde e educação, as mudanças sugerem a direção contrária à consolidação de uma APS forte. 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 - e a ausência de parâmetros coesos de cobertura, reduzindo 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).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o ator que protagoniza a interlocução entre o território e o serviço de saúde, integrando os saberes técnico-científicos aos saberes populares. O ACS é considerado como continuidade dos serviços de saúde dentro do território, por ser capaz de agregar os aspectos culturais às ações de atenção primária, por estar atento às famílias da microárea sob sua responsabilidade, sendo capaz de identificar junto às famílias 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, é reconhecido pela comunidade como aquele que representa o governo (poder público – serviço de saúde) e simultaneamente é percebido no serviço de saúde como quem representa a comunidade. Deste modo, 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). Assim, o seu trabalho 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).

Ainda de acordo com Furlan (2008), o trabalho no território possibilita, além da realização 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 et al., 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, destacam-se as visitas domiciliares (VD) realizadas pelo ACS, já que o agente ocupa um lugar ainda mais próximo às 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 urgência das visitas (Brasil, 2017).

Nesse contexto, pensar o cuidado em saúde mental no território é fundamental para a atenção integral à saúde da comunidade. Observando que serviços ligados à APS estão inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Agente Comunitário de Saúde se torna um dos protagonistas das ações de cuidado em saúde mental na comunidade, especialmente por estar inserido no território, sendo ao mesmo tempo morador e agente de saúde. 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) a articulação de estratégias que proporcionem a integração da ESF e da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, tendo como diretrizes o trabalho multiprofissional, a intersetorialidade e o trabalho baseado nos territórios; e (b) o desenvolvimento de ações pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, apontando, portanto para o cuidado em liberdade, de modo integral e de acordo com a necessidade de quem recebe o cuidado.

Há ainda a orientação para a educação permanente em saúde envolvendo os 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). Por estar inserido no território, o ACS pode integrar a construção de saberes e práticas significativas, coerentes com as realidades locais (Santos & Nunes, 2014), auxiliando na identificação de demandas específicas do seu território, experienciando-as no dia-a-dia junto aos usuários, como a pesquisa de Dimenstein, Santos, Brito, Severo e Moraes (2005) destacou: uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas com histórico de institucionalização prolongada em hospitais psiquiátricos, transtornos mentais graves, uso incorreto de benzodiazepínicos e situações decorrentes da violência ou da exclusão social.

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 e sendo 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 ou desenvolvida sem quaisquer tipos de dificuldades (Miranda & Pegoraro, 2021). É 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). Partindo dessa contextualização, o objetivo deste artigo é identificar qual a compreensão dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da demanda de cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Método

O estudo desenvolvido foi qualitativo, descritivo e exploratório, com destaque para os significados que os sujeitos denotam aos fenômenos (Lüdke & André, 1986). Participaram cinco 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 em uma Unidade Básica de Saúde da Família de município mineiro.

Foram utilizados dois instrumentos construídos para este estudo. O primeiro instrumento usado foi uma ficha de dados de autopreenchimento para caracterização dos participantes, que solicitou informações sobre sexo, idade, tempo de trabalho do entrevistado. O segundo foi um roteiro de entrevista com questões geradoras 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 eram conhecidos/identificados por ACS e equipe, (c) se havia discussão com a equipe sobre problemas de saúde mental, (d) como ACS e a equipe lidavam com demandas de saúde mental, (e) se havia ações direcionadas para o cuidado em saúde mental.

O contato com a equipe ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 91271218.7.0000.5152), momento no qual uma dupla de pesquisadores apresentou o projeto e combinou nova data para retornar ao local. Nesta oportunidade, apresentou-se o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura e, em seguida, o questionário para preenchimento.

As entrevistas audiogravadas foram realizadas individualmente, com agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade de cada agente. As entrevistas foram feitas em locais reservados, prezando o sigilo e a segurança dos participantes. 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) mediante a pré-análise, seguida pela codificação do material transcrito e, por fim, buscou-se reunir e interpretar os temas surgidos por meio das unidades de fala propostas. Na análise das entrevistas destacaram-se duas temáticas que respondem ao objetivo desta pesquisa: (A) Modos de identificação dos usuários de saúde mental; (b) O papel da visita domiciliar e a presença do NASF.

Resultados e discussão **Modos de identificação dos usuários de saúde mental**

As ACS trouxeram que, a partir de suas experiências, existem modos diferentes de identificação dos usuários de saúde mental na APS: usuário que já é acompanhado pela ACS; usuários de áreas recém assumidas pela ACS; usuários de microáreas descobertas. Além desses três perfis, as ACS entrevistadas destacaram a dificuldade na identificação das demandas de saúde mental.

Os discursos sobre a percepção do usuário de saúde mental que já é acompanhado pela equipe de saúde da família apresentam expressões estereotipadas, como “ser agressivo”, “conversar demais”, “chorar muito” e “ser depressivo”: *“E mesmo quando ela não era da nossa equipe, ela já frequentava aqui bastante, então ela é muito chorosa, poliqueixosa”* [ACS4].

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].

Ao mesmo tempo, há nos relatos 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:

Além disso, as ACS associam um usuário com demanda de cuidados em saúde mental por saber que frequenta a unidade para consultar com a psicóloga e faz 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, [...] “eu não estou conseguindo dormir”, você vê o estado do paciente, tem gente que é mais agitado, [...] [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 nessa região, destacando, a partir do seu olhar, características que constituem essa pessoa como ser agressivo, depressivo ou usar medicação:

[...] 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” [ACS2].

É interessante observar que, no encontro da ACS com o usuário, essa expectativa do que seria encontrado pode não ser cumprida:

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 [...] [ACS2].

A identificação também pode ocorrer quando o agente comunitário de saúde está em uma área descoberta, ou seja, sem a presença do ACS em virtude de férias, licença ou desligamento do trabalhador sem que um outro ACS tenha sido alocado para atuar ali: “*nesse caso [...] é um vizinho que falou, ou a gente está na rua, está andando, eles param a gente para comentar*” [ACS3]. O relato da ACS3 ilustra que, nesses casos, moradores da microárea ou o próprio usuário procuram ajuda: “*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 que precisa de cuidados em saúde mental, apontando “*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” continua, na prática, orientando alguns cuidados por parte das equipes - apesar da Portaria 3088/2011 que estabelece a RAPS, e indica pontos de cuidado em saúde mental na rede. A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), nesse contexto, segue em consonância com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica, tecendo em suas diretrizes o cuidado integral e interdisciplinar,

que busque reconhecer as determinações sociais de saúde e a singularidade de cada usuário (Portaria n. 3.088, 2011). Isto posto, ressalta-se que a Reforma Psiquiátrica propõe uma visão mais ampliada de saúde, entendendo que não há cisão entre saúde física e mental (Silveira, 2012). As identificações dos usuários relatadas pelas ACS não se alinham às diretrizes da RAPS, pois há uma universalização dos sujeitos, que os enquadra como usuários de saúde mental a partir de um perfil delineado (agressivo, choroso, poliqueixoso), dificultando que suas necessidades possam ser integralmente atendidas. Apesar disto, a fala da ACS4 mostra um movimento diferente ao questionar que o usuário que precisa de cuidados em saúde mental não possui esse perfil prévio que circula no imaginário da equipe.

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 (2001). 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.

O papel da visita domiciliar e a presença do NASF

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 está passando [...] 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].

A visita domiciliar (VD) é uma ação importante para o cuidado em saúde mental na APS, pois possibilita que os profissionais atuem no território construindo e fortalecendo o vínculo entre a equipe de saúde e usuários, familiares e comunidade (Barbosa, Cavalcanti, Alcantara, Pedroza & Ferreira, 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 de 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.

A partir da visita, os ACS têm a possibilidade de adentrar a casa de uma família e, ter acesso 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 suas 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. 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 entrevistadas relataram 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. No caso da APS, práticas que acontecem no territorial, valorizando os saberes que as agentes trazem a partir de sua experiência na comunidade, subvertem 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. Para que esses encontros ocorram, as visitas que as ACS realizam são fundamentais.

Uma ação desenvolvida pelas ACS durante as visitas 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].

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. Tecnologia refere-se a uso de materiais e saberes no campo da saúde por parte dos trabalhadores nas ações de diagnóstico e cuidado. As tecnologias leves referem-se à construção das relações na ação de cuidado a partir do emprego não de instrumentos, mas de acolhimento, formação de vínculo e responsabilização pela pessoa que busca o serviço. 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 à saúde itinerante – 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 Ávila 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.

Por outro lado, o relato da ACS4 aponta uma lógica de trabalho hierarquizada, onde se identifica o usuário e logo ele é “passado” para outro profissional de nível superior que assume o cuidado, contrapondo ao aspecto multiprofissional da equipe. [...] *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. [ACS4].* Nessa perspectiva, opera-se em uma lógica de cuidado individualista, serializada e prescritiva (Franco & Merhy, 2012), boicotando a potência criativa dos trabalhadores e operando com velhos modelos de gestão do cuidado, tais que funcionam através de práticas que ignoram 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 promovem espaços de reflexão e transformação dessa norma.

As ações citadas como de responsabilidade das ACS estão previstas pela Política Nacional de Atenção Básica, que 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 (Portaria nº 2.436, 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:

[...] Aí 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 para 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 comunidade, por ser a agente quem se insere - cotidianamente - nas experiências 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.

Considerações finais

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 prevaiente 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.

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 de Milton Santos (2001) 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.

Referências

- Almeida, E. R., Sousa, A. N. A., Brandão, C. C., Carvalho, F. F. B., Tavares, G., & Silva, K. C. (2018). Revisão da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*, 42, e180. doi: [10.26633/RPSP.2018.180](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180)
- 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*, 52(14), 1-13. doi: [10.11606/S1518-8787.2018052000395](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395)

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (4a ed). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- 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. doi: [10.5902/2179769226237](https://doi.org/10.5902/2179769226237)
- 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. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116009.pdf>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (4ed.). Lisboa: Edições 70
- 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. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.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. Recuperado de 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. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capacitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf
- 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. Recuperado de 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 e Sociedade*, 19(4), 803-813. doi: [10.1590/S0104-12902010000400008](https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400008)
- Dimenstein, M.; Santos, Y. F.; Brito, M.; Severo, A. K. & Morais, C. (2005). Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. *Mental*, 3(5), 33-42. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003
- 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*, 8(s1): e0025385. doi: [10.1590/1981-7746-sol00253](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253)
- 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. Recuperado de 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 Recuperado de <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 de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, SP, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream>

- [m/REPOSIP/309411/1/Furlan_PaulaGiova
na_M.pdf](https://www.repositorio.fiocruz.br/handle/doc/43841)
- Giovanella, L. (2008). Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (Sup 1), s7-s27. Recuperado de <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
- Lei n. 13.595, de 5 de janeiro de 2018. 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. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm
- 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*, 1(1), 24-26. Recuperado de https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/revista_poli_-_1.pdf
- 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. doi: [10.1590/0103-11042018S103](https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103)
- 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. Recuperado de 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). Recuperado de https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
- Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2009). *Trabalho em saúde*. Recuperado de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>
- Miranda, B.A.B.; & Pegoraro, R. F. (2021). Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde. *Revista Família, ciclos de vida e saúde no contexto social*, 9, 202-215. Recuperado de <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4451/pdf>
- 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. Recuperado de <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. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt>
- 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. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>
- Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

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). Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

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). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-100). São Paulo: Hucitec

Santos, M. (2001). *Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)*. Rio de Janeiro: Editora Record.

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.

Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/physis/2014.v24n1/105-125/pt>

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.

Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/20167>

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.

Recuperado de 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. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>

Dados sobre os autores:

- *Lara Gonçalves Coelho*: Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (2021), com ênfase nas áreas de Psicologia Clínica e Social e de Psicologia Escolar e Educacional. Durante a graduação, desenvolveu projetos voltados à saúde mental na atenção primária e terciária do SUS; e também para a população LGBTQ+. Realizou pesquisa científica abordando o cuidado em saúde mental desenvolvido na atenção primária à saúde. É voluntária no Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CEPEDES/Fiocruz), trabalhando com a divulgação científica em plataforma digital dos projetos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em Saúde Pública.
- *Rafael Camilo Gonçalves*: Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (2017). Foi psicólogo e técnico social do Instituto Jurídico para a Efetivação da Cidadania (2017-2018) atuando com jovens em medida socioeducativa e após ela. Foi mestrando bolsista CNPq no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia pesquisando temática referente às políticas públicas de saúde mental, promoção da saúde e atuação profissional na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a pesquisa “Demanda e cuidados em saúde mental: um estudo com profissionais da atenção psicossocial e da saúde da família”.
- *Renata Fabiana Pegoraro*: Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Atua como professora permanente do Mestrado em Psicologia do IP-UFU. Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto (1996), especialização em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Carlos, mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2002) e doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2007). Concursada junto à UFU desde 2014, desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde/saúde mental. Desenvolve pesquisas na área de Psicologia e Políticas Públicas de saúde/saúde mental.

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

