

Abordagem da comunidade frente às pessoas em sofrimento psíquico, na voz do Agente Comunitário de Saúde

Community approach front of people in psychological distress in the Community Health Agent Voice

Pâmela Câmpelo Paiva, Fátima Luna Pinheiro
Landim, July Grassiely de Oliveira Branco, Bruna
Caroline Rodrigues Tamboril, Ana Larisse Teles
Cabral

Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza
Fortaleza, Brasil
enfapamelapaiva@hotmail.com

Mônica de Oliveira Nunes

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da
Bahia/UFBA
Salvador, Brasil
monicatorrente11@gmail.com

Resumo — Descrever como a comunidade lida com às pessoas em sofrimento psíquico, na voz do agente comunitário de saúde. Pesquisa qualitativa, junto a dezoito Agentes Comunitários de Saúde, realizado SER IV, em Fortaleza-Ce. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada e individual. O processamento dos dados deu-se pela análise de conteúdo. Aspectos éticos e legais sob parecer N° 957.595. Através dos discursos dos ACS, descrevemos como a comunidade percebe a pessoa em sofrimento psíquico e como está se posiciona frente às problemáticas do seu cotidiano. Contudo destacamos que, pelo fato de estar inserido na comunidade, o agente comunitário de saúde consegue perceber de forma mais apurada como tal grupo social trata a pessoa em sofrimento mental.

Palavras Chave – Saúde Mental; Saúde Pública; Agentes Comunitários de Saúde.

Abstract — Describe how the community deals with people in psychological distress, the voice of the community health worker. Qualitative research, along with eighteen Community Health Workers, held SER IV, in Fortaleza -Ce. We used a semi structured interview and individual. Data processing was due to the content analysis. Legal and ethical issues an opinion No. 957.595. Through the speeches of the ACS, we describe how the community perceives the person in psychological distress and how you are positioned front to their everyday problems. However we point out that because of being inserted in the community, the community health worker can realize more accurate how this social group is the person in mental distress.

Keywords – Mental Health; Public Health; Community Health Workers.

I. INTRODUÇÃO

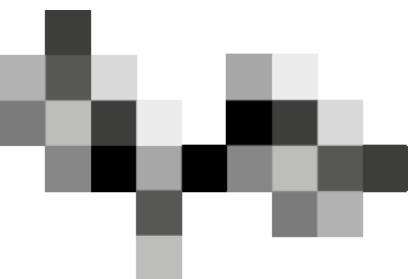
Um diagnóstico realizado no contexto da atenção básica revelou limitação no que tange à oferta de programas e de ações em saúde mental; ou, na presença desses programas,

verificavam-se iniciativas insuficientes e descontínuas. Atribuiu-se tal fato a dificuldades enfrentadas pelas equipes para lidar com os aspectos mais operacionais da estratégia do matriciamento em saúde mental, tais como falta de capacitação da equipe, dificuldade de inclusão do matriciamento no processo de trabalho de ambas as equipes, ausência de retaguarda especializada em caso de necessidade, falta de medicação especializada, entre outros [1].

Conforme escrevem alguns autores[1], existe um distanciamento entre o que está preconizado pelas políticas públicas e o que é realizado na prática, ou seja, apesar das convergências existentes entre os princípios da Reforma Psiquiátrica que norteiam as ações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os princípios da atenção básica – a integralidade da atenção, a participação social, a ampliação do conceito saúde-doença, a interdisciplinaridade e a territorialização, na realidade concreta, esses modelos entram em conflito. De um lado, a operacionalização de uma rede de cuidados e de ações que se estendam ao espaço social mais amplo ainda é limitada pelo domínio da clínica em saúde mental; de outro lado, as ações dos profissionais no Programa de Saúde da Família (PSF), além da insipiência, sofrem devido à intensa demanda acumulada com a ausência de familiarização relativa ao universo da saúde mental, sua lógica e linguagem singular.

Vale ainda salientar o que escreve [2] acerca da saúde mental no Brasil. Discorre esse autor que a rede de atenção não é homogênea para os Estados e Municípios, de maneira que, em algumas localidades, encontram-se mais avançadas, enquanto em outras não alcançaram o mesmo nível de desenvolvimento.

Tal recorte de realidade levantou a necessidade e a pertinência da implantação de projetos para uma maior



articulação do segmento CAPS com a atenção básica – a consolidação do apoio matricial, portanto. E os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerados os “porta-vozes das realidades locais”, abraçaram prioritariamente a proposta. Sobre essa categoria de profissionais, escreve [1] que, em sua maior parte, é constituída de residentes da própria comunidade, lidando de modo mais próximo e contínuo com famílias em que algum membro passa por sofrimento psíquico, absorvendo mais os impactos dessa problemática, principalmente ante o fato de não se verem capazes de reconhecer a gravidade dos casos e oferecer uma solução adequada.

Estudiosos da temática [3], acreditam não ser fácil conviver com a realidade de ter um filho “diferente”. O processo requerido é o de adaptação; em que a família, para acostumar-se, passa por fases muito delimitadas, além do fato de que cada uma delas apresenta reações diferentes para compreender e aceitar esse filho. Esse autor propõe que a comunidade acaba se tornando “vítima” das fragilidades do processo da Reforma Psiquiátrica, que propôs a desinstitucionalização, porém não proporcionou empoderamento à comunidade que lida com a pessoa em sofrimento psíquico diariamente. Porém é preciso relativizar essa idéia de vitimização da comunidade, pois, se de um lado é preciso que o Estado ofereça mais recursos e mais apoio social, de outro, o preconceito e a falta de disposição para agir com as pessoas diferentes são muito grandes e atravessam os séculos, mesmo as sociedades mais ricas e desenvolvidas.

A justificativa e relevância principais deste tipo de pesquisa são, portanto, mostrar a realidade de como a comunidade percebe a pessoa em sofrimento psíquico e como esta se posiciona frente às problemáticas do seu cotidiano, tendo como foco uma melhor articulação da rede, a qualificação da atenção e a ampliação do acesso a cuidados em saúde mental no contexto do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. Tem como objetivo descrever como a comunidade lida frente às pessoas em sofrimento psíquico na voz do agente comunitário de saúde.

II.METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de base empírica e ocupa-se, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, que se fazem evidentes no quadro de referência em que foi coletado [4].

A pesquisa foi realizada em todos os Centros de Saúde da Família que foram matriciados. Atualmente o apoio matricial na SER IV está paralisado devido à mudança de gestão e às reformas ocorridas nas unidades.

Os participantes da pesquisa foram dezoito Agentes Comunitários de Saúde das sete Unidades matriciadas da ESF com circunscrição na SER IV. A escolha pelos ACS como sujeitos da pesquisa se deu por considerar esses profissionais os “porta-vozes” da comunidade, tendo em vista a riqueza de seus relatos.

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada individual, observação e registros de áudio, além de anotações em diário de campo. Mediante a permissão das pessoas envolvidas, a observação ocorreu nos seus próprios cotidianos de atuação nas instituições e no território, servindo também de material de análise.

O processamento de dados foi conforme a proposta operativa da Análise de Conteúdo [5]. A Análise de Conteúdo busca a compreensão dos significados no contexto das palavras para atingir uma interpretação mais profunda do conteúdo do discurso, cuja proposta maior é fazer uma análise focalizando o sentido das palavras, ultrapassando o alcance meramente descritivo da mensagem e a utilização de técnicas quantitativas das falas. A operacionalização desse momento acontece por meio de três fases: 1) Ordenação dos dados (fase que envolve a classificação dos relatos e observações a partir do contato tanto com as entrevistas quanto com os documentos selecionados para análise); 2) Classificação dos dados (etapa na qual será realizada a leitura detalhada de cada entrevista, registrando as primeiras impressões e, a partir de então, construindo as categorias de análise); 3) Análise final dos dados – considerada importante para compreensão e interpretação das falas, permite a classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças, com posterior agrupamento em função das características comuns [5].

Neste estudo, foram respeitados os preceitos éticos e legais que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, foi lavrado em Termo de Consentimento Livre Esclarecido [6].

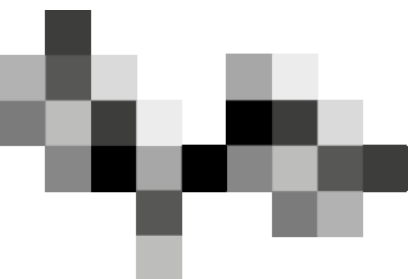
III.RESULTADOS

A. Rejeições

Diversas são as reações dos sujeitos quando se trata de situações relacionadas a pessoas em sofrimento psíquico. Os ACS, por estarem na comunidade, acabam vivenciando e testemunhando a forma como as pessoas lidam com isso. Alguns relatos apontam o sentimento de rejeição da comunidade: “Eu via como se fosse um abandono da família, sabe, que, na verdade, queria se livrar. Não ligava, não ajudava.” (Princesa Isabel). A família trata como um assunto velado; entende-se que por vezes é mais fácil ignorar a ideia de que se trata de um problema real.

No que atine a essa questão [7], asseveram que, no modelo hospitalocêntrico, a família torna-se substituível no que se refere ao cuidado ao paciente. É possível que esse contexto asilar vivenciado tantas décadas anteriores, tenha comprometido o processo de emancipação do usuário em sofrimento psíquico da própria ideias de internação psiquiátrica, fazendo com que a comunidade ainda o rejeite por não aceitar que esse seja o espaço no qual o indivíduo deve estar.

A comunidade não sabe como se posicionar com relação à pessoa em sofrimento psíquico; sentimentos de medo e insegurança estão embutidos na rejeição. O agente Mahatma



Gandhi relatou que: “Os vizinhos até chamar a polícia já chamaram, por causa do barulho, achavam que a mãe estava agredindo o doente. Teve um dia que ela se soltou, saiu do quarto, e ela agrediu a mãe dela e uma criança que passava na rua.”.

Estudiosos da temática [3], acreditam não ser fácil conviver com a realidade de ter um filho “diferente”. O processo requerido é o de adaptação; em que a família, para acostumar-se, passa por fases muito delimitadas, além do fato de que cada uma delas apresenta reações diferentes para compreender e aceitar esse filho. Esse autor propõe que a comunidade acaba se tornando “vítima” das fragilidades do processo da Reforma Psiquiátrica, que propôs a desinstitucionalização, porém não proporcionou empoderamento à comunidade que lida com a pessoa em sofrimento psíquico diariamente. Porém é preciso relativizar essa idéia de vitimização da comunidade, pois, se de um lado é preciso que o Estado ofereça mais recursos e mais apoio social, de outro, o preconceito e a falta de disposição para agir com as pessoas diferentes são muito grandes e atravessam os séculos, mesmo as sociedades mais ricas e desenvolvidas.

Outra forma de rejeitar é não aceitar o problema, reagindo com resistência. Anita Garibalde relata que a comunidade: “Não aceita o tratamento medicamentoso, o acompanhamento, afirmam que o filho é normal e não tem nenhum problema”. Acreditar que o problema não é real pode minimizar o impacto emocional ocasionado na comunidade, no caso, a família, que encontra na rejeição um mecanismo de enfrentamento da situação vivenciada.

Quando relacionamos familiares/cuidadores a sentimentos, o escritor [8] contribui dizendo que, devido a uma série de incertezas, estes vivenciam emoções que envolvem gratidão, carinho, raiva, tristeza, medo e rejeição.

Destarte, quando se pensa no familiar como cuidador, logo se imagina a quantidade de responsabilidades atribuídas a essa pessoa; a isso se denomina sobrecarga. A sobrecarga familiar diz respeito ao reflexo das consequências do envolvimento deste com o paciente psiquiátrico, sendo fruto de modificações nas atividades diárias, aumento nos gastos, preocupações e sensação de perda. Essa mudança ocorre em um tempo pelo qual o familiar/cuidador não espera, que não tem linearidade com o percurso de vida normal, o qual lhe desestrutura e frustra expectativas, acumulando, assim, funções adicionais [9]. Esses mesmos autores acrescentam que os familiares/cuidadores de pacientes psiquiátricos possuem duas preocupações: a de oferecer cuidados por um tempo indeterminado e a de saber como será o futuro.

B. Preconceito e discriminação

As reações da comunidade são as mais diversas, dentre elas o preconceito, o estigma e a discriminação são percebidos pelo ACS frequentemente e compartilhados através dos relatos.

Cada pessoa nasce, cresce e se desenvolve de uma forma diferente. Ninguém é igual, e isso é imprescindível para se entender que é necessário haver respeito entre as pessoas. Respeito a um indivíduo, para [10], significa reconhecer as suas habilidades e reações, dando-lhe aquisição de escolhas

individuais para tomar suas próprias atitudes embasadas nos seus valores pessoais e culturais. Os familiares de pessoas com transtornos mentais são os que mais se preocupam com o bem-estar deles, isso devido às “barreiras” dos preconceitos.

Existe ainda um grande preconceito com as pessoas com transtorno mental. Eu tento desmitificar a questão de transtorno mental dentro da minha área, porque às vezes parte da própria família e depois da comunidade. A gente tenta tratar essas pessoas com a maior naturalidade possível para que essas pessoas possam conviver e trabalhar. (Nelson Mandela).

O agente comunitário de saúde adquire maior percepção das dificuldades da comunidade em razão da convivência com as pessoas, percebe que se torna um profissional capaz de não só perceber, mas tentar desmistificar a loucura com sua responsabilidade. A mentalidade das pessoas da comunidade e até de alguns profissionais ainda permanece arcaica. As pessoas transtornos mentais são rejeitados pela sociedade, na própria família e nas amizades devido muitos preconceitos [11].

É possível destacar também que determinados sujeitos exercem o seu caráter humanístico, embora o preconceito ainda esteja arraigado na sua maneira de pensar, oportunizando à pessoa em sofrimento psíquico a chance de realizar a sua cidadania. Em meio a tais discussões, destacamos a seguinte fala:

A gente nota assim um pouco de preconceito, né? É muito relativo, umas relatam: ‘ah, fulano não é bem da cabeça, não’, já não dá aquele crédito todo à pessoa; e há outras que já tendem a ajudar. Mas ainda há aquele que tem um pouco de receio, né, não dão muita credibilidade à pessoa. Quando a pessoa tem algum problema, diz: ‘ah, aquela fulana é louca, é doida, ninguém dá crédito’. (Olga Benário).

Pode-se perceber que a população fica dividida; uns primam pela razão, na qual existe o julgamento da incapacidade de realizar suas atividades do cotidiano, outros oportunizam e ajudam, mesmo sabendo das limitações existentes. O novo modelo assistencial em saúde mental propõe um cuidado que busque a inserção social da pessoa com sofrimento psíquico, abolindo, dessa forma, o modelo estigmatizante asilar. Para fins de esclarecimento, tem-se a Lei nº 5.692/71, que, em seu artigo 206, inciso I, estabelece a “igualdade de condições de acesso” como um dos princípios para o ensino e garante como dever do Estado a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208) [12].

Quanto ao que foi aventado, acreditamos que, se houvesse inserção natural da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade, esta já poderia estar mais adaptada ao convívio em comunidade, minimizando os estranhamentos por parte do doente. De outro lado, tanto no passado quanto na nova organização do atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, faz-se necessário o apoio familiar no sentido de conduzir o

cidadão aos serviços de atenção psicossocial para o acompanhamento de rotina e, principalmente, nos momentos de crise. [13].

C. Perda da identidade

Ao descobrir-se doente, o sujeito, a família e a comunidade envolvida percebem que grandes mudanças ocorrem. Diante das transformações do cotidiano das pessoas, diversas reações e percepções sobre o indivíduo em sofrimento psíquico são formadas. Nesse contexto, constata-se uma crise de identidade do ser que padece de tal sofrimento e das pessoas ao redor que vivenciam o contexto da doença. É possível destacar o discurso de Indira Gandhi: “é humilhante, assim, elas já perdem até o nome, né? A partir daquele momento que elas têm algum transtorno mental, já são chamadas de doidas e alguns apelidos”.

Ante os ataques sociais, o sujeito vai assumindo uma “roupagem” que não é sua, diante de ideias pré-concebidas que rotulam o indivíduo, tirando dele o direito à espontaneidade, tendo a sua identidade pessoal suspensa devido aos limites impostos pela doença [14].

O nome da pessoa culturalmente torna-se fundamental para diferenciar indivíduos. O nome próprio é utilizado antes mesmo até de nascer, pois, para a sociedade, tornou-se um símbolo da identidade de cada ser. Em face do adoecimento psíquico, muitos sujeitos perdem seus nomes, passam a ser adjetivados de forma estigmatizada, num contexto social que discrimina e segrega, sob a concepção de seus pré-julgamentos.

O paciente com transtorno mental necessita estar incluído na sociedade para se sentir verdadeiramente valorizado e com o seu lado emocional e afetivo supridos, sem descartar a sua participação no trabalho e no lazer. [15]

Nessa esteira, políticas de reinserção e ressocialização deveriam ser mais bem trabalhadas para serem aplicadas no cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico. A Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos desses indivíduos com algum transtorno mental e que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é clara ao determinar que o tratamento deve visar, permanentemente, a reinserção social do enfermo, postulando que isso deve ser realizado por meio, preferencialmente, de serviços comunitários de saúde mental. A internação – seja voluntária, involuntária ou compulsória – somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes [16].

IV. CONCLUSÕES

Destacamos que, pelo fato de estar inserido na comunidade, o agente comunitário de saúde consegue perceber de forma mais apurada como tal grupo social trata a pessoa em sofrimento mental.

A rejeição da pessoa que adoeceu é observada como uma reação bastante comum, acompanhada do preconceito e discriminação, marginalizando-a da sociedade. O indivíduo não é mais reconhecido pelo nome, em algumas circunstâncias, perde sua identidade por não desenvolver mais suas atividades

normais, e, ao deixar de contribuir, torna-se insignificante para a sociedade. Seus desejos não são mais considerados, perdendo até mesmo o direito de exercer a sua cidadania. Em alguns casos, a família acolhe e cuida bem, porém isso está geralmente associado a um nível social mais elevado da família que acolhe e cuida.

Portanto, faz-se necessário produzir arranjos organizacionais do sistema de saúde, buscando diminuir a fragmentação do processo de trabalho, valorizando o cuidado interdisciplinar e considerando os usuários nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade, para que possa ser construído um projeto terapêutico adequado e contínuo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] M. O. Nunes, V. J. Jucá and C. P. B. Valentim. “Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, pp. 2375-2384, outubro 2007.
- [2] A. L. M. Marques. “Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso do álcool em um centro de atenção psicossocial. Dissertação – Universidade de São Paulo. 2010.
- [3] C. M. O. Cerveny (Org.). Família e São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- [4] M. C. S. Minayo. “Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade”. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, pp. 621-626, outubro 2012.
- [5] L. Bardin. “Análise de conteúdo”. Lisboa: Edições 70, 2011.
- [6] Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 de 12 de dez. de 2012.
- [7] M. M. Mielke, et al. “The 32- year relationship between cholesterol and dementia from midlife to late life”. Neurology, vol. 75, pp. 1888 – 95, agosto 2010.
- [8] M. Nolasco. “Sobrecarga dos familiares cuidadores em função do diagnóstico dos pacientes psiquiátricos”. Dissertação - Universidade Federal de São João del Rei, 2013
- [9] R. Tessler and G. Gamache. “Family Experiences with Mental Illness”. 1 ed, vol. 1, Westport, 2000.
- [10] C. Cohen and J. A. M. Marcolino. “Relação médico-paciente”. In: SEGRE, M.; COHEN, C. Bioética. São Paulo: Edusp, vol. 10, pp. 51-62. 1995.
- [11] C. S. Viana et al. “Pessoas com transtornos mentais: desafiando os preconceitos”. In. Seminário Integrado. 2010. ISSN: 1983-0602. [Acesso em: 10/01/2015]. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/2754/2532>>
- [12] C. P. Dutra et al. “Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva”. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2007. [Acesso em: 18 maio 2014]. Disponível em: <http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf>.
- [13] A. M. Gonçalves and R. R. Sena. “A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família”. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 9, pp. 48-55, março 2001.
- [14] F. C. Mussi et al. “Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio”. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 36, pp. 115-24, setembro 2002.
- [15] F. M. Silva. “O significado do processo de desospitalização dos indivíduos com transtorno mental na visão das famílias”. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56, 2005, Gramado. Anais eletrônicos... Gramado: ABEn, 2005. [Acesso em: 13 mar. 2014]. Disponível em: <<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=76762&popup=1>>.
- [16] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.