

Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde

Mental Health and Primary Health Care: Meanings Attributed by
Community Health Agents

Salud Mental en la Atención Básica: Sentidos Atribuidos por los
Agentes Comunitarios de Salud

**Raul Franklin Sarabando de Moura
& Carlos Roberto de Castro e Silva**
Universidade Federal de São Paulo

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001832013>

Artigo

Resumo: Em consideração a normas recentes do Ministério da Saúde, que regulamentam as relações entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, esta pesquisa tem por objetivo estudar os sentidos atribuídos pelo ACS à Saúde Mental e suas implicações na prática cotidiana, além de suas percepções sobre as ações do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS). Trata-se de um estudo qualitativo, segundo o referencial da Hermenêutica de Profundidade, feito através de observação participante e entrevistas semidirigidas. Os resultados alcançados apontam a centralização dos cuidados em Saúde Mental nos CAPS, especialmente através de medicações. Em relação ao PRMAS, percebe-se o papel de matriciamento exercido pela residência, por meio da escuta e acompanhamento do ACS, que encontra situações de sofrimento psíquico em seu cotidiano mas se sente despreparado para lidar com elas. A residência fortalece a integralidade do cuidado, conforme qualifica a atuação do ACS e o orienta em casos difíceis, bem como pode ser um articulador do trabalho, através das iniciativas de aproximação entre os serviços que tem promovido.

Palavras-chave: Atenção Básica. Agente Comunitário de Saúde. Saúde mental. Residência multiprofissional em saúde. Formação em saúde.

Abstract: Considering the recent norms from the Ministry of Health, which regulate the relations between Mental Health and Primary Health Care, this research aims to study the feelings of Community Health Workers (CHW) about Mental Health and its implication in their daily work, as well as their views of the University's Multiprofessional Residency in the actions of the Health Care Program. This is a qualitative study based on Depth Hermeneutics, conducted through semi-directed interviews and participant observation. Results indicate concentration of Mental Health care in Mental Health Centers, especially with medications. A supportive role by the Residency is noticed through the listening and accompanying of the CHWs, who encounter psychic suffering situations in their daily work, but often feel unprepared for them. The Residency also strengthens the principle of integrality in care, as it qualifies the CHWs' work and guides them in difficult situations. It can also help as an articulator of the work, by bringing these healthcare services closer together.

Keywords: Primary Health Care. Community Health Worker. Mental health. Multiprofessional residency in health care. Health education.

Resumen: En consideración a las directrices recientes del Ministerio de la Salud, que regulan la relación entre la Salud Mental y la Atención Básica, esta investigación tiene por objetivo estudiar los sentidos atribuidos por la ACS, a la salud mental y sus implicaciones en la práctica cotidiana, además de sus percepciones sobre las acciones de la Residencia Multiprofesional de la Universidad. Se trata de un estudio cualitativo, conforme al referencial de la Hermenéutica de Profundidad, hecho a través de observación participante y entrevistas semidirigidas. Los resultados apuntan la centralización de los cuidados en Salud Mental en los CAPS, especialmente a través de medicaciones. En relación al PRMAS, se percibe el papel de apoyo ejercido por la Residencia, a través de la escucha y acompañamiento de la ACS, que encuentra situaciones de sufrimiento psíquico en su trabajo cotidiano pero no se siente preparado para lidiar con ellas. La Residencia fortalece la integralidad del cuidado, al cualificar la actuación del ACS y orientarlo en casos difíciles, así como puede ser un articulador del trabajo, a través de las iniciativas que ha promovido de aproximación entre los servicios.

Palabras-clave: Atención Básica. Agente Comunitario de Salud. Salud mental. Residencia multiprofesional en salud. Formación en salud.

Introdução

A partir da Constituição de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), promoveu-se um novo ordenamento

do sistema de saúde brasileiro, fortalecido ao longo da década de 1990, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa, ao organizar suas atividades dentro do território, objetiva identificar e resolver problemas pertinentes à

região. Esse nível, além de atuar como porta de entrada para outros níveis de atenção, realiza acompanhamentos, orientações nutricionais, vacinações e outros cuidados (Rosa & Labate, 2005).

Importante ator inserido na equipe de saúde da família, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza o acompanhamento dos pacientes em sua área de atuação, assim como serve de ponte entre os usuários e o serviço de saúde. Transitando entre o equipamento, representante do saber biomédico, e convivendo com os munícipes, torna-se potente dentro de sua área de atuação, pois, inserido em sua comunidade, o profissional identifica necessidades e situações que podem beneficiar-se de assistência (Nunes, Trad, Almeida, Homem & Melo, 2002).

Paralelamente a esse contexto de discussão e reorientação do acesso à saúde orientado pela reforma sanitária ocorreram modificações também no campo da Saúde Mental (SM). Marcos como a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, e, em Santos, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, seguida da implantação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), caracterizaram a reforma psiquiátrica no Brasil (Brasil, 2005). Esse processo, reforçado pelas portarias 189/1991 e 224/1992, foi legitimado em 2001, através da lei n. 10.216 e da portaria 336/2002. Essas normas consolidaram nacionalmente as iniciativas pioneiras da luta antimanicomial e estabeleceram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamentos centrais às necessidades de saúde mental. Os CAPS, além dos atendimentos realizados, têm a função reguladora de porta de entrada nos serviços e organização da rede de cuidados em saúde mental (Brasil, 2004; Costa, Siqueira, Uhr, Silva & Molinaro, 2011).

Em consideração à ampliação dos cuidados no território dos usuários, bem como ao fortalecimento da atenção primária como ponto inicial no atendimento à saúde, preconiza-se a articulação entre a SM e a Atenção Básica (AB). Para tal, o Ministério da Saúde estabeleceu diferentes estratégias. Uma delas é a Política de Apoio Matricial, na qual equipes com formação na área fornecem suporte às equipes

de saúde da família no território. Esse apoio se concretiza através de compartilhamento de casos, reuniões conjuntas, capacitações e outras atividades necessárias (Brasil, 2003).

Sua importância se justifica, especialmente, pela sensação de despreparo da atenção primária diante de demandas cotidianas desse campo da saúde, especialmente em casos graves e crônicos. O encontro entre as equipes também fortalece a corresponsabilização de diferentes serviços e níveis de atenção pelo cuidado ao sujeito (Dimenstein et al., 2009).

Outras normatizações mais recentes fortalecem o planejamento de serviços articulados entre si e construídos de forma conjunta, em especial a partir da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa, amparada pelas diretrizes do decreto n. 7508/11, consolida o papel de porta de entrada protagonizado pela AB e pela Atenção Psicossocial, representada pelos CAPS (Brasil, 2011a, b)

Esses ordenamentos, embora representem a legitimação de uma importante estratégia de atenção à saúde, não devem ser pensados sem uma análise das condições de sua aplicação prática. O ACS é o profissional da AB cujo papel se encontra mais próximo dos munícipes e, simultaneamente, mais à frente dos serviços, ou seja, na linha de frente das políticas de saúde. Nesse cenário, encontra-se frequentemente sobrecarregado e diante de múltiplas tarefas a executar (Gomes, Cotta, Mitre, Batista & Cherchiglia, 2010). Faz-se necessário, portanto, investigar as percepções e recursos de que dispõe para lidar com as situações que encontra em seu cotidiano.

A saúde mental no município

Os cuidados em saúde mental no município de Santos, SP, têm ocorrido de forma centralizada nos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) (Andreoli et al., 2004), surgidos a partir do final da década de 1980 e início da década de 1990.

Pode-se dizer sobre o surgimento dos CAPS que

“[a assistência/cuidados] é compreendida apenas como momento tático de uma estratégia de valorização e emancipação.

Por isso, nunca se pensou como 'núcleos de assistência' sob um pensamento estritamente sanitário, mas como ponto de apoio, numa concepção logística de processo de enfrentamentos e conquistas dos pacientes e de responsabilização pela saúde mental da região adscrita [grifo nosso]" (Kinoshita, 2009, p. 7-8).

Posteriormente, entretanto, esses núcleos não conseguiram cumprir seu objetivo inicial de expansão dos cuidados e maior inserção territorial. Assim, mantiveram-se apenas no papel de núcleos assistenciais, atendendo pouco às necessidades das áreas em que se instalaram. Especialmente a partir de mudanças administrativas ocorridas ao final da década de 1990, os CAPS sofreram considerável desarticulação, restritos ao funcionamento em regime ambulatorial na maioria dos atendimentos (Koda & Fernandes, 2007).

Em contraste com os egressos do regime manicomial que caracterizavam seu quadro inicial de pacientes, os CAPS passaram a atuar em caráter mais próximo ao ambulatorial. Percebe-se um desvio do serviço para ações como o fornecimento de medicações, consultas psiquiátricas e algumas oficinas. Gonzaga (2012, p. 15) refere essas mudanças como

"perda de sua característica original de priorizar o atendimento ao paciente psicótico e neurótico grave. Atualmente, sua maior dificuldade é a demanda excessiva dos 'casos leves', que acabam desviando a atenção dos profissionais dos pacientes realmente graves, os quais necessitam de uma assistência mais intensiva, próxima e constante [...]."

No cotidiano do trabalho percebe-se que a saúde mental não tem espaço e atuação definida na AB, pois as solicitações são encaminhadas aos CAPS, que atenderão somente casos mais graves. Os casos leves, ou seja, de pessoas que vivem situações de sofrimento suscitadas pela vida, como perda de entes queridos ou conflitos em seu relacionamento familiar e/ou no trabalho, entre outras situações, são encaminhados para outros serviços públicos, destacando a terapia comunitária, e privados, como atendimentos em serviços de Psicologia de faculdades da região ou de organizações não governamentais.

Além disso, alguns obstáculos percebidos dentro da própria ESF também estão de acordo com outras pesquisas. Entre esses, podemos citar o caráter ainda fortemente prescritivo e autoritário centrado na consulta médica e medicalização, desfavorecendo o estabelecimento de serviços de referência e encaminhamentos. Também se encontram relatos sobre o despreparo de profissionais envolvidos para lidar com situações de sofrimento psíquico (Silveira & Vieira, 2009).

A importância de uma articulação entre a SM e a AB encontra seu foco no próprio usuário do serviço e seu bem-estar. A equipe de Saúde da Família, na figura do ACS, está em contato direto e constante com a comunidade. Assim, sua capacitação para o reconhecimento de necessidades de SM no território permite que essas sejam prontamente atendidas e acompanhadas, muitas vezes sem a necessidade de centralização na consulta psiquiátrica, favorecendo a integralidade do acesso e vínculo com o serviço (Ayres, Carvalho, Nasser, Saltão & Mendes, 2012).

A atuação da universidade em parceria com o serviço público de saúde

Em Santos, SP, a Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista (UNIFESP-BS) desenvolve iniciativas no sentido de aproximar-se do sistema público de saúde através de múltiplas frentes. Uma delas é através dos seus eixos curriculares, que desde o início de seis dos seus cursos de graduação (Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) promove uma aproximação entre a teoria estudada em aula e a prática profissional em saúde (UNIFESP, 2006).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNIFESP-BS (PRMAS), à época da pesquisa, constituiu outra frente de atuação desse campus, especificamente por meio de ações que pretenderam articular diferentes níveis de atenção – básica e hospitalar (UNIFESP, 2011). Na Atenção Básica, desenvolveram-se atividades na região dos morros, onde estão os bairros de Vila Progresso e Santa Maria.

Um dos focos da atuação do residente no período de 2010 a 2012 foi a sua participação em um projeto de articulação entre a Atenção Básica e o serviço de Saúde Mental das áreas de atuação, conforme propostas apresentadas pela Coordenadoria de Saúde Mental do município em pauta. Naquele momento, a aproximação entre a universidade e os serviços já ocorria através da preceptoria dos profissionais de Psicologia e Terapia Ocupacional e ações de SM orquestradas pelos profissionais que atuavam no município.

Objetivo

Estudar os sentidos possíveis que os ACS atribuem às necessidades de Saúde Mental provenientes de suas práticas junto à ESF nos morros Vila Progresso e Santa Maria.

Métodos

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, foi elaborada tendo por referencial a Hermenêutica de Profundidade (HP) de John Thompson (1995). Esse método ressalta o valor dos fenômenos culturais percebidos em campo segundo dois eixos de análise (análise sócio-histórica e análise formal ou discursiva) e sua reinterpretação. Essas bases visam à contextualização das formas simbólicas encontradas nos depoimentos, bem como sua organização em padrões observáveis no discurso. A reinterpretação reconhece que os dados encontrados já estão inseridos em um mundo de significados anterior à pesquisa, pertinente aos sujeitos que dão seus depoimentos e atuam no campo. Assim, considera o trabalho do pesquisador buscar uma nova compreensão desses fenômenos, através da articulação entre os eixos de análise (Demo, 2001).

Sujeitos da pesquisa

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa estão associados à atuação como ACS nos morros estudados, desenvolvendo a atividade por pelo menos seis meses. Foram entrevistados seis ACS, obedecendo ao critério de saturação dos temas propostos conforme eram explorados ao longo dos encontros.

Anteriormente à fase de entrevistas, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê

de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil (C. A. A. E. 01061212.7.0000.5505 – parecer n. 6207). Também foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde para as entrevistas na USF. Essas foram feitas amparadas pela assinatura, por parte do voluntário, de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que o informou devidamente sobre os objetivos e procedimentos de estudo. Foi reafirmada a possibilidade de o entrevistado interromper o trabalho a qualquer momento sem ônus para si, bem como a garantia de sigilo de seus dados e identidade.

Local de pesquisa

As regiões dos morros de Vila Progresso e Santa Maria remontam a ocupações territoriais recentes – final da década de 1970 e meados de 1980 – com dificuldades de acesso ao transporte público e moradias irregulares. Em 2010, segundo dados do IBGE, totalizavam aproximadamente sete mil habitantes, demonstrando expressivo crescimento demográfico em relação à década anterior, quando contavam com cerca de cinco mil moradores (Novo Milênio, 2012). A USF do território atua como base para duas equipes da ESF (uma para cada bairro) e é utilizada desde 2005.

Procedimentos

A coleta de dados se deu em dois momentos. Inicialmente, em consideração à contextualização histórica da pesquisa, que aborda os cuidados em Saúde Mental, foi elaborada uma etapa visando à compreensão do processo de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, protagonizado pela residência multiprofissional, que se deu pelo acompanhamento de três reuniões entre as instituições envolvidas: duas envolvendo a COSMENTAL e a UNIFESP e uma entre a USF responsável pelos bairros dos morros Vila Progresso e Santa Maria e seu CAPS de referência. Essas informações foram registradas em diários de campo.

Posteriormente foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas com os ACS. As questões propostas aos entrevistados visavam o levantamento de significados e experiências sobre o cotidiano de trabalho do ACS, as

necessidades em SM e a atuação da residência multiprofissional.

Resultados

Encontraram-se opiniões e sentimentos distintos do ACS sobre a Saúde Mental. Há associações entre esse campo e “problemas mentais”, o que expressa uma visão pautada pela patologia. Ao longo da fala seguinte surge o termo “CAPSiano”, indicador de portadores de patologias psíquicas que, certamente, utilizam-se do CAPS como local de cuidados. A continuação da fala nos evidencia também certo estranhamento sobre essas situações, pois os “CAPSianos” são pessoas que, segundo a ACS, “não são ‘boas’”.

“O que que eu penso sobre saúde mental? Ah, tem vários tipos de problemas mentais. A gente lida com vários tipos de pessoas com problema mental... [...] desde esquizofrenia... até... ah, é que eu não gosto de falar assim esses termos. [...] A gente chama assim de ‘CAPSiano’, essas pessoas assim que, não são ‘boas’” (ACS Marcela).

Foram encontradas, também, associações entre a SM e o uso de medicações psicotrópicas. Isso suscita afetos e opiniões por parte do ACS, que se refere a situações de sofrimento psíquico leve, porém medicado, que encara com algum estranhamento. Há casos em que o munícipe não fala sobre os motivos da indicação do medicamento, apesar de haver interesse por parte do ACS em saber a respeito. Percebem-se, assim, dificuldades de diálogo, bem como a segmentação das ações em saúde, nas quais as intervenções nos casos não são discutidas ou bem compreendidas.

“Ah, eu até tenho mais uns que tomam para dormir, mas que não acompanham no CAPS, só tomam para dormir, mas só assim, porque geralmente quem receita é o psiquiatra, mas às vezes depende do doutor avaliar a situação e ver que não é caso de CAPS, vê que é um outro tipo de problema e passa... [...] Tem pessoas que a gente não sabe por que passou, às vezes a pessoa não fala daquilo, por mais vínculo que você tenha, [...] mas eu acho que a gente tem sempre que estar passando em consulta, porque é um remédio forte, para ver se realmente é necessário continuar a tomar” (ACS Daniela).

Há, também, críticas do ACS sobre esse uso de medicações pelas pessoas acompanhadas. O próprio CAPS, nessa linha, propõe algumas práticas que visam à diminuição da dependência de psicotrópicos. O acolhimento do paciente e a retirada gradual dos medicamentos, com supervisão adequada, podem surtir resultados positivos:

“Essa [psiquiatra do CAPS] que é mais nova, e tudo, ela conversa, tipo assim, alguns casos ela suspende a medicação, tendeu, começa mesmo no conversar com as pessoas, faz dinâmicas, terapia em grupo, encaminha para terapia, que ajuda mais, tanto que da [municípe] ela suspendeu a medicação, porque não há necessidade, que deveria ela enfrentar os medos dela. [...] Pra dormir ela prefere a medicação <ri>, mas agora ela toma Dramin. Mas você vê que é uma pessoa que tá mais alegre, ela está uma pessoa mais disponível pra fazer as coisas [...]” (ACS Carolina).

Lacerda (2010), em estudo sobre a constituição de redes de apoio social no trabalho do ACS, relata a importância dos vínculos que surgem através de conversas e interações entre os sujeitos. É especialmente através desse laço que o ACS percebe situações de sofrimento e consegue operacionalizar suas ações, através do aprimoramento da escuta e dos encaminhamentos, desvelando suas potencialidades. Essa ligação favorece a construção das referidas redes, beneficiando ACS (através do sucesso de sua atuação) e munícipe (pelo atendimento de suas necessidades de cuidado).

Na fala a seguir, o ACS, durante o encontro com o munícipe, escuta-o em sua dificuldade subjetiva e se utiliza da recomendação do grupo de acolhimento na USF como recurso valioso. Esse saber prático é classificado por Merhy e Franco (2003) como uma tecnologia leve, baseada nas relações e formas de agir entre sujeitos implicados na produção de cuidado e é fundamental nesse atendimento. Percebemos aqui um ensaio de trabalho em rede, operando através do vínculo que o ACS tem com o serviço que referencia, para oferecer o apoio necessário ao munícipe nesse momento (Lacerda, 2010):

“Porque eu converso muito... assim eu, falo, né?, que a pessoa precisa ser mais forte que isso. Essas coisas assim, a nossa vida,

se a gente se entregar é pior... Aí, assim, às vezes aconselho a ir no CAPS... né? Se ela... agora, apesar que agora tem um grupo de acolhimento, né? [...] Nossa, ela [municípe acompanhada] me agradeceu: 'se eu soubesse que era bom [o grupo de acolhimento] eu já tinha vindo antes, não tinha faltado na outra vez'. Ela gostou demais de conversar com a [chefe da USF, psicóloga]" (ACS Mariana).

A construção de vínculos e a ampliação da autonomia do sujeito são referidas por Cecilio (2001) como necessidades em saúde, questões que encontram uma tentativa de tradução na demanda que o paciente traz e podem ser percebidas e atendidas por uma equipe disposta a reforçar a integralidade do serviço. Nunes et al. (2002) também se referem ao aspecto relacional da profissão de ACS, vendo-o como importante para alcançar mudanças e sucesso nos tratamentos, embora haja, por outro lado, a possibilidade de sobrecarga do ACS por causa da intensidade do vínculo com a pessoa acompanhada. Esse desgaste ocorre especialmente em situações nas quais o ACS se sente impactado pelo que ouviu do municípe, sem ter conseguido resolver as questões que ele trouxe.

"Às vezes a gente acaba pegando um pouquinho daquele municípe, eu no meu caso, particularmente, eu fico pensativa, preocupada às vezes, até, com aquela pessoa que às vezes chegou desorientada, eu fico preocupada no final do dia, será que aquela pessoa conseguiu melhorar um pouquinho, como se eu pudesse resolver, mas eu sei que eu não posso, mas é uma coisa que fica na mente da gente" (ACS Ruth).

Martines e Chaves (2007) relacionam o vínculo empático intrínseco à função do ACS como fonte de possível sofrimento do profissional diante de situações que não consegue resolver. Também apontam outras dificuldades de trabalho que o sobrecarregam, como o grande número de famílias atendidas e visitas prolongadas, especialmente desgastantes.

"Então, quando eu vou lá, assim umas nove horas quando eu quero pegar só uma, duas pessoas só, eu vou mais cedo, porque o resto tá dormindo, mas aí, depois, pronto, todo mundo acorda, ouviu minha voz, ouviu falar que é a Ruth todo mundo acorda e me cerca ali, que eu passo praticamente toda

a tarde ou toda a manhã ali, entendeu? [...] Não consigo me desprender dali tão rápido!" (ACS Ruth).

Além dessa sobrecarga originada nos acompanhamentos mais intensos, há outros aspectos da organização do trabalho que impactam o ACS. Esse, incumbido de passar um dia da semana realizando tarefas administrativas na USF, tais como receber os municípes que lá chegam para marcar consultas, sente-se desconfortável. Essa situação é percebida pelo profissional como um desvio de sua função, contrastante com sua atuação em movimento pelo território.

"Isso [a realização de tarefas administrativas] é a única coisa que deixa mais ainda estressado [...], sendo que a gente faz coisas que não são nossa função, tendeu, faz coisas que não são nossa função, porque a nossa função é estar na rua, não na unidade, e é o que acontece, o que tá no alcance a gente vai fazendo, pra não dar problema..." (ACS Ruth).

Há, porém, ocasiões apontadas pelo ACS como relevantes para uma compreensão mais abrangente e crítica desses e outros momentos difíceis vividos em seu cotidiano de trabalho. O projeto de extensão desenvolvido junto à UNIFESP se mostra como um espaço de transformação de sua rotina de trabalho. O espaço da atividade extensionista propiciou ao ACS um lugar de aprendizado baseado na troca e no diálogo sobre suas experiências, trazendo novos conhecimentos a partir de atividades de grupo, destacando aquelas mais lúdicas e expressivas, como danças e passeios, entre outras que visassem aquisições para seu projeto de vida, mais do que um enfoque tecnicista.

"Nós ficamos nessa extensão aí um bom tempo, acho que foram dois anos. [...] A gente montava junto, a gente via junto, teve passeios... [...] A gente via assim, até mesmo a situação da população de outra forma, a gente aprendeu a lidar com certas situações que a gente não conseguia, aí o B. [professor] conversava muito com a gente, foram bastante [professores] que passaram pela gente nesses dois anos" (ACS Raquel).

Além da contribuição das atividades de extensão como possibilidades de transformação do

trabalho, há ocorrências na SM nas quais se percebe a participação do PRMAS. Especialmente nesses momentos, sua presença é percebida como importante no encaminhamento de casos e apoio ao ACS.

No recorte abaixo, a recuperação da munícipe é atribuída especialmente à atuação dos residentes e às conversas que a ACS Carolina manteve com ela. Nos encontros proporcionados pelas visitas, o acolhimento feito através de uma escuta qualificada auxiliou essa pessoa a tomar atitudes que trouxeram bons resultados. O ACS, aqui, serve como ponte entre o acompanhamento do caso e um atendimento mais complexo, mas ainda no nível da AB.

“Ah acho que foi as meninas... dos residentes, foram lá, [...] conversaram com ela, também fizeram umas visitas, ajudou bastante também, eu conversava com ela sobre isso, falava pra ela que ela tinha que perder os medos, tinha que enfrentar as coisas, tanto que ela começou a trabalhar, [...] começou a sair mais, começou a enfrentar os medos dela e a gente falou também pra ela poder ir no CAPS também, para passar para uma triagem também” (ACS Carolina).

A parceria entre ACS e residente qualifica também a atuação do primeiro, conforme fortalece seu importante vínculo com o munícipe acompanhado e propicia apoio em situações em que o trabalho apresenta dificuldades. Esse suporte revigora o ACS, frequentemente sobrecarregado por situações que não consegue solucionar por conta própria. É “trabalho vivo em ato” que potencializa relações entre os próprios profissionais e com os sujeitos de cuidado, implicando os atores na produção de saúde (Merhy & Franco, 2003). Nesse sentido, já na próxima fala, vemos que o PRMAS também fortalece as relações entre serviços ao aproximar USF e CAPS.

“[O trabalho com a residência] abriu o vínculo nosso com o CAPS, né?, que já tinha, mas melhorou bastante, por essa ponte da [residente] estar aqui e estar lá, porque ela participa aqui e participa lá. Então a gente fica mais interada, disso melhorou bastante porque até então a gente acompanhava pelo que o paciente passava, ‘ah, então eu passo pela doutora tal, de tanto em tanto tempo, tomo tal medicamento’, agora não, [a residente] também confirma e passa, às

vezes chega um munícipe aqui que ela já conhece lá. Então é aquele negócio do vínculo, né? Se você já tem um vínculo, é uma confiança, então é um passo a mais que você já deu” (ACS Daniela).

O PRMAS, portanto, aproxima esses serviços até então desarticulados. A proposta do Apoio Matricial à AB estabelece que, no campo da SM, é a equipe do CAPS que deve realizar o suporte, em consideração ao papel desse serviço como ordenador da rede e lugar central e especializado nessa área do cuidado (Dimenstein et al., 2009). Aqui, é o PRMAS que inicialmente oferece esse suporte, ocupando a posição de interlocução inicial entre os serviços e, principalmente na figura do residente psicólogo, promove um apoio especializado por alguém que circula entre USF e CAPS. Assim, diante das dificuldades que ambos os serviços enfrentam – o inchaço de casos leves no CAPS e as incertezas sobre as demandas em SM na USF – é possível dizer que o PRMAS promove um *ensaio de matriciamento*, conforme mostra a esses serviços possibilidades de troca de conhecimentos, discussão de casos e trabalho conjunto.

Considerações finais

Os resultados obtidos nesta pesquisa apontam aspectos distintos do processo de articulação entre a SM e a AB, a partir dos sentidos atribuídos pelos ACS à SM. Tão importante quanto compreender esses significados, todavia, é perceber que esse campo da saúde permeia a atuação cotidiana desse profissional, impactando-o de diversas formas.

Talvez uma das mais importantes delas seja a influência que exercem sobre a própria saúde mental do ACS. Em diversos pontos dos depoimentos, os trabalhadores relatam desconforto no lidar com algumas situações, bem como sentimentos de cansaço e preocupação com os pacientes ao chegarem à própria casa. Ruth, por exemplo, diz que conversa com o marido, que a aconselha a “não levar trabalho para casa”. Contudo, ao trabalhar na região em que mora, mesmo que um pouco distante, encontrando frequentemente pessoas que acompanha e conhecendo suas situações de vida, é certamente difícil deixar tudo isso de lado ao entrar em casa e descansar.

Persiste, dessa forma, a dificuldade em compreender o sofrimento vivenciado pelo outro. Esse, frequentemente relacionado a dificuldades de ordem econômica e exclusão social, é referido por Wanderley et al. (2001) como *sofrimento ético-político*, “vivência cotidiana das questões sociais dominantes de cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade” (p. 104). É sobre esse campo que atuam diretamente a atividade extensionista da universidade e a residência, através do diálogo sobre as experiências e interações que apoiam o trabalho em situações de difícil entendimento, como discussões de caso e o apoio em visitas domiciliares.

Nesse cenário das regiões de morros, habitações precárias, serviços públicos escassos e alta vulnerabilidade da população caracterizam um cenário de exclusão e grave contraste com a rica cidade cujo centro (e regiões prósperas) se veem do alto do bairro. Para além das questões de SM que se colocam ao ACS, essas problemáticas que ele próprio experimenta ao residir na área se intensificam no convívio com pessoas em maior dificuldade e situações de sofrimento.

Somam-se a essas ações a aproximação coordenada pelo PRMAS entre USF e CAPS. Esse processo, construído entre os serviços e auxiliado pelos residentes, propiciou ocasiões de troca de experiências e procedimentos entre as equipes. Assim, os encaminhamentos feitos

de um serviço a outro contaram com melhor embasamento prático e conhecimento de seus propósitos, ao invés de obedecer a uma lógica de repasse automático de demandas entre os serviços.

O PRMAS, em sua atuação junto à AB, tem servido como suporte nesse processo de articulação inicial com a Saúde Mental e também como apoio ao trabalho do ACS. Essas iniciativas representaram, portanto, o fortalecimento de duas políticas de saúde: o Apoio Matricial, fornecendo conhecimentos especializados e suporte técnico aos trabalhadores das ESF nesses cenários; e a formação continuada, conforme o ACS demonstra passar por situações de aprendizado em seu contato com os residentes.

Podemos perceber, assim, que a articulação entre SM e AB tem sido feita, principalmente, através do ACS. Esse reconhece e realiza os procedimentos necessários às situações que encontra, amparado pelo PRMAS. É necessário, porém, analisar a continuidade e evolução dessas ações, bem como sua aplicabilidade e resultados em outros cenários.

Agradecimentos

Ao CNPq, cuja bolsa de iniciação científica (Programa PIBIC/CNPq, editais de 2011 e 2012) possibilitou a realização da pesquisa e redação do artigo. Aos Agentes Comunitários de Saúde, sempre receptivos e cuja dedicação ao trabalho nos ensina muito sobre o cuidado.

Raul Franklin Sarabando de Moura

Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo, Santos - SP. Brasil. E-mail: rauldemoura@hotmail.com

Carlos Roberto de Castro e Silva

Doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, São Paulo - SP. Brasil. Docente da Universidade Federal de São Paulo, Santos - SP. Brasil. E-mail: carobert3@hotmail.com

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Av. Ana Costa, 95, Baixada Santista. Vila Mathias. CEP 11060001 - Santos, SP - Brasil.

Recebido 18/08/2013, Aprovado 14/10/2014.

Referências

- Andreoli, S. B., Ronchetti, S. S., Miranda, A. L., Bezerra, C. R. M., Magalhães, C. C. P. B., Martin, D., et al (2004). Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 836-844. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300021>. PMID:15263995
- Ayres, J. R. C. M., Carvalho, Y. M., Nasser, M. A., Saltão, R. M., & Mendes, V. M. (2012). Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 67-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. (2003). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília.
- Brasil. Presidência da República. (2011a, 29 de junho). Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 123.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011b, 21 de maio). Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 96. Republicação.
- Cecilio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS ABRASCO.
- Costa, N. R., Siqueira, S. V., Uhr, D., Silva, P. F., & Molinaro, A. A. (2011). Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4603-4614. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300009>. PMID:22124901
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. Campinas: Papirus.
- 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. *Rev. Saúde Soc.*, 18(1), 63-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.
- Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Mitre, S. M., Batista, R. S., & Cherchiglia, M. L. (2010). O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*, 20(4), 1143-1164. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>.
- Gonzaga, N. A. N. (2012). *Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III: a visão dos profissionais*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo.
- Kinoshita, R. T. (2009). Saúde mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1). CD-ROM.
- Koda, M. Y., & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455-1461. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>. PMID:17546336
- Lacerda, A. (2010). *Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 426-433. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>. PMID:17977379

- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323. Recuperado de http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE
- Novo Milênio. (2012). *Atlas Censitário "Novo Milênio" de Santos*. Recuperado em www.novomilenio.inf.br/santos/h0296.htm
- Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1639-1646. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>. PMID:12488891
- Rosa, W. A., & Labate, R. C. (2005). Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>. PMID:16444409
- Silveira, D. P., & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 139-148. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019>. PMID:19142317
- Thompson, J. B. (1995). *Ideologia e cultura moderna*. Petrópolis: Vozes.
- Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Campus Baixada Santista. (2006). *Projeto Político Pedagógico. Cursos: Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Psicologia*. Santos.
- Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Campus Baixada Santista. (2011). *Regulamento do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Santos.
- Wanderley, M. B., Véras, M., Jodelet, D., Paugam, S., Carreiro, T. C., Mello, S. L. et al. (2001). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (B. Sawaia, org., 2. ed.). Petrópolis: Vozes.