

**ENTRE OS NÓS DA REDE DE SAÚDE MENTAL: AS PRÁTICAS DE
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE^a**Maria Angélica Carneiro da Silva^bMaria Geralda Gomes Aguiar^cThais Diniz Santos Moreira^d**Resumo**

A Reforma Psiquiátrica apontou novas formas de cuidado em saúde mental mediante a desinstitucionalização da loucura e a criação de uma rede substitutiva de saúde mental no território. O cuidado integral às pessoas com transtornos psíquicos no contexto das ações comunitárias requer a articulação dos dispositivos que compõem a atenção básica, sobretudo a Estratégia de Saúde da Família. O objetivo deste estudo foi analisar as práticas de cuidado do agente comunitário de saúde junto às pessoas com transtornos psíquicos na perspectiva da integralidade. Tratou-se de pesquisa de abordagem qualitativa realizada com sete agentes comunitários de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia, mediante entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciaram que as práticas de cuidado dos agentes comunitários de saúde à pessoa com transtorno psíquico abrangem o uso de tecnologias leves, como o acolhimento e o vínculo; e que o cuidado integral à pessoa com transtorno psíquico supõe uma comunicação efetiva com a família e a unidade de saúde num processo compartilhado, fortalecido pelo apoio matricial. Concluiu-se que as práticas dos agentes comunitários de saúde teciam o cuidado à pessoa com transtorno psíquico, eram fundadas na comunicação efetiva e na articulação entre comunidade e unidade de saúde e enfatizavam a negociação junto à equipe multidisciplinar na tomada de decisões.

Palavras-chave: Saúde mental. Estratégia de saúde da família. Agente comunitário de saúde. Integralidade em saúde.

^a Artigo extraído do trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem intitulado “Práticas do Agente Comunitário de Saúde no Cuidado Integral à Pessoa com Transtorno Psíquico”, desenvolvido na Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

^b Enfermeira. Aluna da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz. Camaçari, Bahia, Brasil.

^c Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

^d Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Geralda Gomes Aguiar. Rua Pedro Suzart, número 986, Residencial Auguste Renoir, Casa 2, Brasília. Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44088-276. E-mail: geaguiar@uefs.br

AMONG THE NODES OF THE NETWORK OF MENTAL HEALTH: THE PRACTICES OF
COMMUNITY HEALTH AGENTS

Abstract

The Psychiatric Reform led to new ways of care in mental health facing deinstitutionalization of madness and the creation of a replacement network of mental health within the territory. Integral care to people with psychic disorders within the context of community actions requires an articulation of the apparatus that constitute basic care, above all the Family Health Strategy. The objective of this study was to analyze community health agent care practices towards people with psychic disorders from the perspective of integrality. It was a qualitative approach research developed with seven community health agents of a Family Health Strategy of Feira de Santana, Bahia, by means of a semi-structured interview. The results evince that the community health agents care practices towards the person with psychic disorders supposes an effective communication with the family and the health unity in a sharing process, strengthened by matrix support. In conclusion, the practices of community health agents practices weave the care towards the person with psychic disorders, were based on effective communication and the articulation between community and the health unity and emphasize the negotiation with the multidisciplinary team for the decisions making.

Keywords: Mental health. Family health strategy. Community health agents. Integrality in health.

ENTRE LOS NUDOS DE LA RED DE SALUD MENTAL: LAS PRÁCTICAS DE LOS AGENTES
COMUNITARIOS DE SALUD

Resumen

La Reforma Psiquiátrica apuntó nuevas formas de cuidado en salud mental mediante a la desinstitutionalización de la locura u la creación de una red sustitutiva de salud mental en el territorio. El cuidado integral a las personas con enfermedades psíquicas en el contexto de las acciones comunitarias requiere la articulación de los dispositivos que componen la atención básica, sobretodo a la Estrategia de Salud de la Familia. El objetivo de este estudio fue analizar las prácticas de cuidado del agente comunitario de salud junto a las personas con enfermedades psíquicas, en la perspectiva de la integralidad. Se trató de una investigación de abordaje cualitativo realizada con siete agentes comunitarios de salud de una Estrategia de Salud de la Familia de Feira de Santana, Bahia, mediante entrevista semiestructurada. Los resultados

evidenciaron que las prácticas de cuidado de los agentes comunitarios de salud a la persona con enfermedad psíquica abarcan el uso de tecnologías leves, como el acogimiento y el vínculo. El cuidado integral a la persona con enfermedad psíquica supone una comunicación efectiva con la familia y la unidad de salud en un proceso compartido, fortalecido por el apoyo matricial. Se concluyó que las prácticas de los agentes comunitarios de salud tejían el cuidado a la persona con enfermedad psíquica, eran fundadas en la comunicación efectiva y articulación entre comunidad y unidad de salud y enfatizaban la negociación junto al equipo multidisciplinario en la tomada de decisiones.

Palabras clave: Salud mental. Estrategia de salud familiar. Agente comunitário de salud. Integralidad en salud.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta como um de seus eixos o resgate da cidadania da pessoa com transtorno psíquico, buscando reintegrá-la na sociedade como sujeito detentor de direitos. Busca-se, então, a reorganização das práticas assistenciais, privilegiando novos espaços que possibilitem um cuidado territorializado e não excludente, incorporando às ações de saúde mental os princípios e as garantias dos direitos humanos¹.

O processo de reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico tornou necessária a construção de uma rede de atenção em saúde mental. Seu objetivo principal é a substituição das práticas hospitalocêntricas por outras de base territorial, amparadas em dispositivos abertos e de natureza comunitária². Tal processo assegurou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços direcionados a pessoas com transtornos psíquicos severos e persistentes, que oferecem cuidado intensivo, reinserção social e atividades terapêuticas diversificadas, desenvolvidas por equipe multidisciplinar.

Embora se reconheça que a implementação dos CAPS como dispositivos estratégicos no campo da saúde mental representou uma possibilidade de prestar assistência à pessoa com transtorno psíquico severo fora dos hospitais especializados, isso teve como consequência uma lacuna na assistência às pessoas com transtornos menos graves, apontando a necessidade de um espaço para assisti-las³.

Nesse sentido, a atenção básica configura-se como espaço privilegiado para o acolhimento dessa demanda, mediante a articulação com as políticas públicas de saúde mental que proporcionam a ampliação do campo de atuação em saúde mental. Ao incluir a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cria novos cenários para a oferta de assistência integral à pessoa com

transtorno psíquico no contexto comunitário, contribuindo para transformações no modelo de atenção em saúde mental.

As ações desenvolvidas nas ESF pautam-se na perspectiva da integralidade do indivíduo, devendo intervir em diferentes e múltiplos âmbitos: educativo, assistencial e de reabilitação⁴. Tais práticas são descentralizadas e dirigidas a territórios bem delimitados, vinculando os sujeitos ao contexto em que estão inseridos, caracterizando-se como porta de entrada para outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A necessidade de inserir a pessoa com transtorno psíquico na comunidade, conforme preconiza a reforma psiquiátrica, converge com o princípio de universalidade do SUS e atribui aos serviços de saúde locais a responsabilidade de assisti-la na sua integralidade. Assim, é fundamental que as equipes de saúde da família possam dispor de um suporte de profissionais especializados em saúde mental. Nesse sentido, o apoio matricial configura-se como uma estratégia de gestão compartilhada do cuidado em saúde mental que não se sobrepõe à atuação da equipe de referência da ESF, mas oferece apoio técnico e assistencial com base na pactuação entre ambas as equipes⁵.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentados pela Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica⁶. Esses dispositivos visam conferir apoio matricial, atuando em parceria com os profissionais da equipe da ESF na promoção da integralidade da assistência, por meio de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais especializados em saúde mental.

Reconhece-se que a integralidade da atenção no contexto da saúde mental é um processo complexo, cujo objetivo é permitir o acolhimento do sofrimento psíquico, oferecendo respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico⁶. Assim, requer a utilização de um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais, tendo como eixo a atenção às múltiplas dimensões da vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Supõe, portanto, que os profissionais de saúde estejam voltados para um objetivo comum, visando à desfragmentação das ações e dos sujeitos a que elas se destinam⁷.

Esse processo de transformação das práticas de saúde mental encontra-se em andamento. Entretanto, a reintegração social dos sujeitos ainda esbarra em uma cultura estigmatizante e pouco tolerante. A meta de assistir as pessoas com transtornos psíquicos sem retirá-las do convívio familiar e social é um desafio da reforma psiquiátrica, devendo contar com os novos modelos assistenciais de base comunitária, amparados pelo SUS, a exemplo das ESF. Estas contam com profissionais oriundos de seu território de abrangência, os Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), que estão em constante interação com a comunidade e reconhecem suas principais necessidades, atuando na prevenção e promoção da saúde por meio de ações coletivas e individuais, em espaços comunitários e residenciais⁸. O ACS torna-se, assim, um profissional relevante na equipe de uma ESF, na medida em que, ao realizar visitas domiciliares, pode conhecer as condições de vida e saúde das famílias e da comunidade sob sua responsabilidade⁹.

O olhar do ACS, para identificar problemas de saúde existentes em sua área de abrangência, e o seu conhecimento do território como um membro da própria comunidade, tornam-no um profissional valioso na vinculação da pessoa com transtornos psíquicos à ESF. Desse modo, questiona-se: Como se dão as práticas do ACS no cuidado integral à pessoa com transtorno psíquico em uma ESF de Feira de Santana, Bahia, Brasil?

O estudo tem o objetivo de analisar as práticas de cuidado do ACS junto às pessoas com transtornos psíquicos na perspectiva da integralidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo apresenta os achados de uma pesquisa com abordagem qualitativa e natureza exploratória realizada no ano de 2012 em uma ESF de um bairro periférico do município de Feira de Santana (BA). A Rede de Saúde Mental da cidade é constituída por um Hospital Especializado e 5 CAPS (2 CAPS tipo II; 1 CAPS tipo III; 1 CAPS AD, que atendem pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e drogas; e 1 CAPSi que presta atendimento a crianças e adolescentes com transtornos psíquicos); 11 Residências Terapêuticas¹⁰; o Hospital Especializado Lopes Rodrigues; e 8 NASF que oferecem apoio matricial às unidades de saúde da família.

A ESF cenário da pesquisa, cuja população da área de abrangência é de 5.832 habitantes, possui 1.484 famílias cadastradas. Integram a equipe de saúde um profissional de enfermagem, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem, dez ACS, contando com o suporte de um NASF composto por profissionais das seguintes áreas: fisioterapia, nutrição, educação física, serviço social e terapia ocupacional. A unidade também conta com o Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde Mental: *Crack*, *Álcool* e outras Drogas (PET), do qual participam estudantes universitários da área da saúde, sob a preceptoria de uma terapeuta ocupacional.

Participaram do estudo sete ACS da referida ESF, de ambos os sexos, os quais foram selecionados com base no critério de tempo de serviço maior que um ano, considerando que o tempo de atuação interfere no vínculo estabelecido com o território e com os demais

participantes da equipe. Foram critérios de exclusão, para participação no estudo estar em período de férias ou afastamento do serviço por licença de qualquer tipo. Aos ACS foi apresentada a proposta da pesquisa e aqueles que aceitaram participar expressaram anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual assegurava a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas, bem como o anonimato garantido pela utilização de pseudônimos escolhidos por eles.

A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de entrevista semiestruturada, para fins de obtenção de dados sociodemográficos, bem como de informações sobre as práticas dos sujeitos. As entrevistas tiveram como recurso a utilização de um gravador para o registro das falas que, em seguida, foram transcritas em sua totalidade, visando garantir a fidelidade dos discursos.

A análise de conteúdo temática foi a técnica escolhida para a análise dos dados obtidos, obedecendo às fases de pré-análise e leitura flutuante de todo o material, seguida da exploração mais aprofundada com vistas a articular os conteúdos semelhantes expressos nas falas. Assim, foram destacadas as unidades de registro e as unidades de contexto, de acordo com o objetivo do estudo, passando-se à construção de duas categorias temáticas que agruparam núcleos de sentido compostos por falas homogêneas, tornando possível estabelecer inferências e construir a interpretação.

O projeto do qual se originou esta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, registrado sob o CAAE 05434012.3.0000.0053 e aprovado pelo Parecer n. 73.508. Em concordância com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, foram considerados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, de forma a garantir o respeito aos direitos dos sujeitos¹¹.

A privacidade dos ACS foi garantida pela realização das entrevistas em local reservado na USF, mantendo-se o sigilo e o anonimato, por meio da utilização de pseudônimos. Os ACS foram informados de que os riscos da pesquisa relacionavam-se com a possibilidade de constrangimento ou medo de estigmatização. Também foi explicado que, em caso de desistência, não haveria qualquer tipo de prejuízo.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados com a contribuição que os resultados podem trazer para atenção em saúde mental no âmbito da ESF, permitindo conhecer a importância das práticas do agente comunitário de saúde nesse processo, favorecendo possíveis mudanças ou aperfeiçoamentos dessas ações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa, sete ACS da ESF Panorama I, entre 23 a 46 anos de idade, sendo seis do sexo feminino. Quanto à escolaridade, predominou o ensino médio completo. A maior parte dos sujeitos declarou-se parda, de religião católica e estado civil casado. Em relação ao tempo de atuação na unidade de saúde, o mínimo relatado foram quatro anos, sendo que um dos ACS atuava na unidade há dez anos.

Os ACS veem suas práticas no cuidado às pessoas com transtorno psíquico como ações importantes para o estabelecimento de elos entre a unidade de saúde e a comunidade, pois reconhecem as situações nas quais as pessoas encontram-se em sofrimento psíquico, buscam manter um diálogo com essas e seus familiares, para oferecer respostas aos problemas identificados. Assim, entendem que suas ações encontram-se articuladas às práticas dos demais integrantes da equipe, contribuindo com a resolubilidade do cuidado.

Os relatos enfocam a atuação do ACS e suas estratégias para a promoção da saúde no contexto da saúde mental, bem como os modos de articulação interinstitucional da ESF na rede de atenção em saúde mental. Tais relatos foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: Práticas que tecem o cuidado na rede de atenção em saúde mental; Práticas de cuidado que entrelaçam os dispositivos na rede de atenção em saúde.

PRÁTICAS QUE TECEM O CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Os ACS falaram sobre as práticas no âmbito da ESF, detendo-se naquelas que são estruturantes do cuidado prestado, como a visita domiciliar, a interação, a escuta, o diálogo com o usuário e a família, as quais se configuram como estratégias que favorecem a construção de relações intersubjetivas baseadas na confiança e no estabelecimento de vínculo. Eles relataram que esse modo de agir já acontece na abordagem inicial dos usuários, a qual ocorre nas residências, durante a visita domiciliar.

Para os ACS, existem formas adequadas de se relacionar com o sujeito com transtorno psíquico. Alguns, como Margarida, partem do pressuposto de que essa é uma “pessoa especial”, mas deve ser tratada como “normal”; já a fala de Clara expressa medo do desconhecido, o qual foi se desfazendo à medida que buscou construir uma relação intersubjetiva mais igualitária com os usuários:

“A gente tem que chegar abordando de acordo com a reação dela [...] O primeiro passo é tratar com uma pessoa normal, saber que está lidando com uma pessoa

especial, mas tratar como uma pessoa normal [...] a abordagem é a gente chegar com naturalidade.” (Margarida).

“No início do meu trabalho, logo no início, eu tinha medo. Hoje, com o passar do tempo, a gente aprende a lidar com eles de igual para igual.” (Clara).

A abordagem à pessoa com transtorno psíquico é, muitas vezes, permeada pelo estigma da doença mental e pelas ideias de agressividade e periculosidade construídas ao longo do tempo e arraigadas na sociedade. A ideia de que as pessoas com transtorno psíquico devem ser tratadas de forma igualitária é enfatizada nos relatos dos ACS. Esses, entretanto, reconhecem que a aproximação do usuário é dificultada quando há sensações de medo ou mesmo tensão, embora acreditem que esse estado tende a diminuir com a experiência adquirida no processo de trabalho. Efetivamente, os profissionais aprendem com o seu fazer cotidiano, constroem saberes com base na experiência, mas nem sempre estão preparados para manejar as situações que envolvem sofrimento psíquico, por falta de formação para tal, o que pode afetar o desenvolvimento das suas ações²⁰. Assim, pondera-se sobre a necessidade imprescindível de que os ACS sejam capacitados quanto ao modo de tratar problemas relacionados à saúde mental.

A interação com o usuário e a família é considerada pelos ACS uma estratégia de intervenção no cuidado que prestam à pessoa com transtorno psíquico. Por esta razão, consideram a necessidade de incluir a família no diálogo, a fim de favorecer o entendimento do contexto no qual o sujeito está inserido. Tais ações tecem alguns dos fios que conformam a integralidade da assistência, na qual se considera tanto a subjetividade dos sujeitos quanto o seu contexto sociocultural.

“Eu pergunto primeiro como ela está [...] o que está acontecendo com ela. Aí a gente começa a conversar [...] eu dou mais atenção, mas também não trato como se fosse uma pessoa doente [...] eu pergunto mais.” (Maria Clara).

“Se eu chego na área e identifico que a pessoa está com transtorno mental, imediatamente eu tento conversar com algum familiar [...]” (Paulo).

A escuta atenta e o diálogo com os sujeitos podem promover o acolhimento das pessoas com transtorno mental na ESF, contribuindo para um cuidado humanizado e integral.

Além disso, os ACS compreendem a necessidade de articulação e envolvimento familiar para a promoção da saúde das pessoas com transtornos psíquicos²¹. Dessa forma, a aproximação da família pode ser percebida como uma estratégia para favorecer a sua implicação no processo de produção de cuidado, o estabelecimento de vínculos com a equipe de saúde e a inserção dos usuários no convívio social.

O ACS, no seu processo de trabalho, muitas vezes torna-se referência para a sua comunidade, estabelecendo uma relação de confiança com os usuários do serviço de saúde. Ocorre a criação de vínculo, tanto pelo seu pertencimento à área de atuação quanto pelo conhecimento técnico inerente à sua atuação profissional.

“[...] eu tenho casos também deles que não sabem nem o nome da medicação, mas aí me encontra até no meio da rua e pergunta [...] aí eu falo: eu vou lá na sua casa, eu vou ver com sua avó, e tal.” (Clara).

O fato de obrigatoriamente residir e trabalhar no território da ESF à qual pertence possibilita ao ACS vivenciar o cotidiano de sua comunidade, permitindo-lhe compartilhar experiências com outros moradores e observar os problemas que os sujeitos da sua área de atuação enfrentam²². Essa proximidade facilita a compreensão da singularidade de cada um, contribuindo no processo de cuidado e na integração do usuário no serviço de saúde.

Sabe-se que o vínculo e o acolhimento contribuem de forma significativa para a produção do cuidado em saúde mental na ESF. Como diretriz operacional, o acolhimento propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, tendo em vista a oferta de atendimento à demanda, garantindo o acesso. Aliado a isso, à medida que cumpre sua função de acolher e dar uma resposta aos problemas de saúde, favorece a reorganização do processo de trabalho. Reafirma-se, desse modo, que as práticas profissionais voltadas para a singularidade e para a subjetividade dos sujeitos são fundamentais dentro da ESF, porque conformam a tessitura do cuidado prestado pelos ACS, ainda que, de modo parcelar.

PRÁTICAS DE CUIDADO QUE ENTRELAÇAM OS DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Propõe-se que as ações de saúde mental no contexto da ESF obedeçam ao modelo de redes de cuidados, buscando articulação com outras políticas específicas e o estabelecimento de vínculos, além de estarem fundamentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica¹². Nesse

sentido, é fundamental que a Atenção Básica possa contar com o suporte técnico e assistencial em saúde mental, isto é, o apoio matricial oferecido pelos NASF. O apoio matricial consiste em um arranjo organizacional para disponibilizar suporte técnico em áreas específicas às equipes de saúde, a fim de que possam dar respostas competentes e adequadas às necessidades de saúde da população¹³.

Os ACS situaram suas práticas como parte da rede de atenção em saúde mental de Feira de Santana. Fazem parte dessa rede a ESF, a qual conta com o suporte dos NASF, os CAPS e o Hospital Especializado Lopes Rodrigues, citado nas falas como a “Colônia”. Eles afirmaram, nos seus relatos, que investigam, na visita domiciliar inicial, se as pessoas com transtornos psíquicos realizam acompanhamento nos CAPS ou em outros dispositivos da rede de saúde mental, como uma forma de nortear suas ações subsequentes.

As falas a seguir evidenciam as estratégias de escuta que os ACS lançam mão, para conhecer e avaliar os problemas de saúde dos usuários, e também oferecer informações pertinentes para a tomada de decisão da equipe:

“Eu procuro saber se está fazendo tratamento [...] se toma algum remédio controlado [...]” (Rosa).

“[...] a gente procura saber se ele está sendo realmente acompanhado. Porque, geralmente, quando a gente chega nas casas, o paciente é acompanhado [...]” (Maria).

Na realização do primeiro atendimento, quando constata que a pessoa não faz nenhum tipo de acompanhamento em serviço de saúde ou que o transtorno psíquico não foi diagnosticado anteriormente, o ACS solicita a intervenção de outros profissionais da equipe de saúde. Considera que a sua conduta é pautada no diálogo, o qual se dá por meio da comunicação ao enfermeiro dos problemas de saúde identificados e da orientação ao usuário sobre os serviços disponíveis na rede de atenção em saúde.

“[...] o primeiro encaminhamento, quando eu não conheço, quando eu não consigo identificar o tipo de transtorno mental, eu trago até um parente para conversar com a terapeuta do NASF ou, dependendo do que seja, a gente faz encaminhamento para os CAPS.” (Rosa).

“[...] se tem algum paciente que ainda não é tratado, a gente orienta, indica os lugares que pode procurar, traz o problema para a unidade de saúde, no caso para o enfermeiro.” (Maria).

Os ACS identificam os problemas de saúde existentes em sua área de atuação, o que é imprescindível para o planejamento das ações do serviço, bem como mantêm um canal de comunicação entre a comunidade e os outros membros da equipe de saúde. No entanto, as falas sugerem que a atuação dos profissionais ainda se pauta na lógica do encaminhamento das pessoas que supõem estar com um transtorno psíquico para serviços da média complexidade.

Enfatiza-se a possibilidade de detectar queixas relativas ao sofrimento psíquico, por meio da oferta de escuta adequada, bem como definir as formas de acompanhamento dos problemas apresentados pelos usuários³ no âmbito da ESF, com o apoio matricial do NASF, tornando plausível a garantia de maior resolubilidade a tais demandas.

“[...] depois que o NASF foi implantado aqui na unidade, melhorou 100% o atendimento. Porque antes a gente fazia assim. A gente encaminhava direto para o CAPS, e às vezes tem coisas que podem ser resolvidas aqui.” (Rosa).

Acredita-se que a capacidade de intervenção da unidade de saúde foi ampliada e, parece até ter sido potencializada com o suporte oferecido pelo NASF, pois algumas situações que antes eram encaminhadas para o CAPS passaram a ter resolubilidade no âmbito da atenção básica. A noção de resolubilidade supõe a articulação dos serviços entre si, de modo a construir um conjunto de referências profissionais com capacidade de absorver e acolher os indivíduos com transtorno psíquico¹⁵, promovendo a corresponsabilização, estimulando a interdisciplinaridade e a capacidade resolutiva dos problemas de saúde, de modo a romper a lógica dos encaminhamentos rotineiros¹⁶.

Nesse sentido, propõe-se que em cada NASF exista pelo menos um profissional de referência em saúde mental, o que foi referido pelos ACS como uma estratégia importante para a melhoria do atendimento.

“[...] tem a ajuda da terapeuta aqui do posto. Tudo isso ajuda a gente, que a gente leva ela na casa, faz a visita domiciliar [...]” (Maria).

As equipes dos NASF oferecem suporte aos profissionais de saúde no âmbito da ESF em saúde mental, com o objetivo de ampliar a resolubilidade das ações, buscando discutir os problemas identificados na área, tendo em vista uma atuação em parceria. Além disso, promovem o acolhimento dos usuários e auxiliam na humanização da assistência¹⁷. Por se tratar de uma relação colaborativa que estabelece corresponsabilidade sobre casos individuais e coletivos, é indispensável ter em mente que não se trata de uma incorporação assistencial do NASF à ESF, mas um entrelace de esforços profissionais e institucionais.

Desse modo, propõe-se que a relação entre os profissionais de diferentes equipes configure-se como uma forma de ajuda mútua, necessária para o entendimento e a discussão dos problemas de saúde mental existentes no território. Entende-se que o suporte oferecido aos profissionais, por meio do apoio matricial, abarca uma dimensão formativa inerente às práticas de saúde que se pretendem resolutivas e voltadas para a integralidade.

Há situações em que o ACS entende que a pessoa com transtorno psíquico necessita ser encaminhada para outros dispositivos da rede de atenção em saúde mental. Nesses casos, é realizada a avaliação pelos profissionais da equipe de saúde, faz-se contato com outros serviços de saúde capazes de atender o usuário que se encontra em crise, por exemplo, e faz-se o encaminhamento para serviços de atendimento especializado. Esse processo exige dos profissionais de saúde habilidade de comunicação, negociação e articulação, objetivando estreitar as formas de cooperação e corresponsabilização, visando assistir o usuário na sua integralidade, de modo a não incorrer em uma “assistência partida”, marcada pela lógica de encaminhamento, pela destituição de vínculo e pelo descompromisso¹⁸.

“Se chegar aqui e tiver bastante agitado, vai contatar com os órgãos que deem mais recursos e aí, no caso, faz a transferência dele daqui da unidade de saúde até esses outros órgãos que oferecem recursos, como o CAPS ou a Colônia.” (Paulo).

Destaca-se a necessidade de planejamento local das ações da rede de atenção em saúde mental, bem como a corresponsabilização do trabalho pelas equipes multidisciplinares, a fim de garantir uma continuidade dos cuidados entre os serviços que compõem a rede, especialmente a ESF, garantindo uma atenção territorializada, de modo que a pessoa com transtorno psíquico seja acompanhada em seu território de origem. Conforme sinalizam os ACS, é relevante a parceria com os serviços da rede de saúde mental no acompanhamento das pessoas com transtornos psíquicos:

“[...] agora a gente sempre faz um paralelo, de ver a unidade de saúde e a Colônia, unidade de saúde e CAPS. Eles não ficam só na unidade de saúde; eles fazem um acompanhamento duplo.” (Maria Clara).

Maria Clara explicita que o atendimento da pessoa com transtorno psíquico na ESF ocorre em parceria com outros serviços da rede de saúde mental, em um processo que denomina de “acompanhamento duplo”. Tal processo envolve o compartilhamento de responsabilidades pelo cuidado aos usuários com transtornos psíquicos com os outros dispositivos existentes na rede. Esse comprometimento com o cuidado em saúde mental parece reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica de reinserção social e de integralidade na assistência.

Os ACS compreendem que as formas de articulação entre os serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental, muitas vezes não se expressam como um compartilhamento de responsabilidades, porque esbarram em obstáculos de ordens diversas. A relevância da questão suscitada por eles reside na ideia de que a integração dos serviços que compõem as redes assistenciais, as quais têm por objetivo a integralidade da assistência, supõe entrelaçar ações da ESF com a rede de atenção em saúde mental, mas reconhecem a interdependência dos atores envolvidos, enfatizando que nenhum deles possui a totalidade dos recursos necessários para solucionar os problemas de saúde de determinada população, o que se encontra em consonância com estudo sobre a integralidade como eixo estruturante da atenção em saúde¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar as práticas de cuidado desenvolvidas por ACS junto à pessoa com transtorno psíquico na ESF, na perspectiva do cuidado integral. Evidenciou-se que as práticas dos ACS o cuidado à pessoa com transtorno psíquico, por meio da interação com os sujeitos e suas famílias, a escuta atenta, bem como a construção de vínculo, favorecem a inserção das pessoas com transtornos psíquicos nos serviços oferecidos pela ESF e contribuem para a reorientação do modelo assistencial.

Os ACS contribuem com suas práticas para tecer o cuidado à pessoa com transtorno psíquico e sua família, ora articulando e aproximando a comunidade do serviço de saúde, ora responsabilizando-se pela comunicação de problemas de saúde mental existentes na área de abrangência e pela negociação junto à equipe multidisciplinar.

O estudo oferece elementos sobre a tessitura das tecnologias leves ou de cuidado nas práticas do ACS à pessoa com transtorno psíquico na ESF, permitindo que se reafirme a

importância desse ator social no tecer de uma rede de atenção em saúde mental fundada nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, pela sua competência e habilidade em fazer mediações. No entanto, reconhece-se que os ACS lançam mão de saberes de experiência, os quais são úteis e necessários para a construção de um saber/fazer singular, mas a oferta de oportunidades de educação permanente pode fortalecer o processo de diálogo com os saberes específicos relativos à formação profissional, favorecendo a qualidade do cuidado.

Espera-se que o presente estudo contribua com conhecimentos que ensejem a valorização desse profissional no contexto da atenção em saúde mental, mediante o investimento em educação permanente, capaz de permitir o aprimoramento de suas práticas, entrelaçando saberes e fazeres, ao se considerar a relevância das práticas do ACS no trânsito entre o domicílio, o serviço de saúde e a comunidade.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Maria Angélica Carneiro da Silva.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maria Angélica Carneiro da Silva, Maria Geralda Gomes Aguiar e Thais Diniz Santos Moreira.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Maria Geralda Gomes Aguiar e Thais Diniz Santos Moreira.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Maria Angélica Carneiro da Silva.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
2. Ribeiro SLA. Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicol ciênc prof*. 2004 set;24(3):92-9.
3. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(2):477-86.
4. Serrano AI. *Pesquisa sobre as estratégias para a operacionalização das ações de saúde mental em Santa Catarina [dissertação]*. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2004.
5. Campos GWSC. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicol Revista*. 2012;18(1):148-68.

6. Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, Olschowsky A, Wetzel C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *REME rev min enferm.* 2009 jan/mar;13(1):147-52.
7. Mângia EF, Muramoto M. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2006;17(3):115-22.
8. Brasil. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília (DF); 2006 [citado 2012 out 11]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
9. Takahashi FR, Oliveira, MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto de Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
10. Bastos LCB, Aguiar MGG. Vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade. *Rev baiana saúde pública.* 2011;35(2):432-45.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): 2012 [citado 2013 jan 11]. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf
12. Büchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare enferm.* 2006 set-dez;11(3):226-33.
13. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis.* 2011 July-sept;21(3):899-915.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica, o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF); 2003.
15. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc saúde coletiva.* 2009 Jan/Feb;14(1):129-38.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília (DF); 2008 [citado 2012 out 11]. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20NASF.doc

17. Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, Cortes JM, Jardim VMR, Rodrigues CGSS. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta paul enferm.* 2012;25(1):11-7.
18. Hartz ZM, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(suppl 2):S331-S36.
19. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc saúde coletiva.* 2009;14(1):137-82.
20. Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciênc saúde coletiva.* 2009;14(1):227-32.
21. Mendes JS. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde enquanto morador e trabalhador de saúde inserido no mesmo território [trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2012.

Recebido: 6.8.2015. Aprovado: 23.3.2016. Publicado: 8.11.2017.