



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Cunha Carneiro, Allann da; Moreira Oliveira, Ana Carolina; Marques de Souza Santos, Mariane;
Santos Alves, Miriam dos; Aragão Casais, Noêmia; dos Santos, Josenade Engracia
**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA EXPERIÊNCIA COM AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE EM SALVADOR-BA**
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 22, núm. 4, octubre-diciembre, 2009, pp. 264-271
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40812462010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA EXPERIÊNCIA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SALVADOR-BA

Mental health and primary care: an experience with community health agents in Salvador-BA

Descrição ou avaliação
de métodos, técnicas,
procedimentos e instrumentais

RESUMO

Objetivo: Compartilhar uma experiência de articulação entre atenção primária e saúde mental por meio de apoio matricial. **Método:** Pesquisa realizada no período de março a dezembro de 2007, no bairro de Pernambués, Distrito de Cabula-beiru, em Salvador – Bahia. A construção compartilhada do conhecimento foi realizada pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Núcleo de Saúde Mental da Universidade do Estado da Bahia, com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Reuniões, discussões e visitas domiciliares foram utilizadas como técnicas e instrumentos de compartilhamento, com registros fonográfico, fotográfico e em relatório. As informações obtidas foram avaliadas quanto aos seus conteúdos e divididas em fases e categorias. **Resultados:** determinaram-se as seguintes fases a partir da técnica: aproximação, fortalecimento de vínculos, trabalho conjunto e conclusão. Os resultados foram analisados a partir da interatividade de cooperação cotidiana dos ACS, obtendo-se assim o desenvolvimento de um espírito crítico na análise da relação da atenção primária e saúde mental. **Considerações finais:** A informação e discussão das experiências produziram significativa aprendizagem, além de promoção de saúde a todos os envolvidos no processo: ACS, famílias cuidadas e residentes.

Descritores: Saúde Mental; Atenção primária; Centros Comunitários de Saúde

ABSTRACT

Objective: To share an experience of a link between primary care and mental health by means of matrix support. **Method:** A survey conducted from March to December 2007, in Pernambués neighborhood, District of Cabula-beiru, in Salvador - Bahia. The shared knowledge construction was carried out by residents of the Multidisciplinary Residency Program in Health from the Nucleus of Mental Health, State University of Bahia, with Community Health Agents (ACS). Meetings, discussions and domiciliary visits were applied as sharing techniques and tools with phonographic recording, photographic register and report. The obtained information were evaluated regarding their content and were divided into stages and categories. **Results:** We determined the following stages by means of the technique: approach, ties' strengthening, teamwork and conclusion. The results were analyzed based on the ACS' everyday interactivity for cooperation, thus obtaining the development of a critical spirit in the assessment of the relationship between primary care and mental health. **Final Considerations:** The exchange of experiences produced significant learning, besides health promotion for all those involved in the process: ACS, families cared for and residents.

Descriptors: Mental Health; Primary Health Care; Community Health Centers

Allann da Cunha Carneiro⁽¹⁾
Ana Carolina Moreira Oliveira⁽¹⁾
Mariane Marques de Souza
Santos⁽¹⁾
Miriam dos Santos Alves⁽¹⁾
Noêmia Aragão Casais⁽¹⁾
Josenaide Engracia dos Santos⁽¹⁾

1) Universidade do Estado da Bahia
– (UENB) – Salvador - BA – Brasil

Recebido em: 12/05/2009
Revisado em: 19/09/2009
Aceito em: 10/10/2009

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como doutrina a universalidade, a integralidade, a equidade e, como princípios, a descentralização, a resolubilidade, a regionalização e a hierarquização. Neste contexto, as políticas de saúde mental e a reorganização dos serviços de atenção ao portador de sofrimento mental na comunidade, significam repensar a atuação dos trabalhadores de saúde mental articulado com os trabalhadores da atenção básica e, em especial, no presente trabalho, com uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Bairro de Pernambués em Salvador, Bahia, o PACS Pernambuezinho.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existe no país desde o início dos anos 1990, efetivamente instituído e regulamentado em 1997. Tem por objetivo proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações. A valorização da família e da comunidade, como também sua participação ativa na prevenção de doenças e na promoção da saúde, são pontos essenciais na atuação do PACS^(1,2).

Os PACS dão base a articulações intersetoriais, promovem a entrada de novos cenários e deparam-se, rotineiramente, com problemas relacionados à saúde mental. Devido à aproximação com as famílias e com a comunidade, os PACS são considerados recurso estratégico para o enfrentamento de agravos relacionados aos sofrimentos psíquicos, incluindo as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) caracterizam-se pelo seu grande potencial, configurando-se como importantes trabalhadores no trato da Saúde Mental. Entretanto, muitos deles tendem a acreditar que lidar com situações relacionadas à saúde mental é algo muito complexo, exigindo suporte de equipe especializada para que ocorra ação integral e efetiva de cuidados⁽³⁾.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que visa fornecer suporte especializado às equipes de saúde da Atenção Básica⁽⁴⁾. Em saúde mental, e no contexto desta experiência, é uma oferta especializada de saúde mental a uma equipe de PACS na direção de um novo saber para o cuidado ao sujeito. Para uma estratégia de apoio matricial, a equipe de saúde mental deve desempenhar ações de supervisão e capacitação junto às equipes, além de atendimento em conjunto e específico⁽⁵⁾.

A proposta do apoio matricial é a responsabilização compartilhada dos casos, visando o aumento da resolutividade dos mesmos⁽⁶⁾. Deve ser pautada em dimensões que ultrapassem o biológico e sintomático, valorizando a subjetividade do sujeito, e possibilitando a

interdisciplinaridade e a ampliação da clínica nas equipes. As populações que contam com o matriciamento como forma de trabalho têm obtido ganhos consideráveis no que diz respeito à atenção ao sofrimento psíquico⁽⁴⁾. Através do uso da estratégia de apoio matricial vem sendo possível potencializar o trabalho das equipes de referência, no sentido de aumentar as suas capacidades de acolhimento e resolutividade; trabalhar sentimentos como o de impotência; aumentar a responsabilização, já que as discussões grupais diluíam os casos e ampliavam as possibilidades de intervenção; desmistificação da loucura entre os profissionais; bem como a ampliação do sentimento de grupo⁽⁷⁾.

Dessa forma, apoio matricial pode ser entendido como uma estratégia de cuidado singularizado, no qual é possível atuar na complexidade da vida dos sujeitos, afirmando-se como atuação no campo existencial, onde as relações de afeto, cooperação e produção de saúde mental se intensificam.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Campos (2007, pg. 400)⁽⁸⁾:

Na experiência relatada, o apoio matricial também se desenvolveu a partir de um projeto integrado, baseado na construção compartilhada do conhecimento de experiência, cuja teoria foi desenvolvida no espaço vivo da prática dos agentes comunitários em parceria com o CAPS ad e os residentes do Núcleo de Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB.

Neste contexto, o grupo de Residentes em Saúde Mental da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), que atuava no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do bairro de Pernambués, localizado na cidade de Salvador, propôs discutir a saúde mental imbricada na saúde como um todo, junto com os agentes comunitários do bairro, pertencentes ao Programa PACS Pernambuezinho. Deste modo, construíram-se estratégias que se propusessem a trabalhar com a educação em saúde, mais especificamente o apoio matricial.

Pretendeu-se promover uma articulação entre o equipamento de saúde mental e a unidade básica de saúde, visando a (re) organização e ressignificação dos processos de trabalho, serviços prestados e o fortalecimento dos sentimentos de potência do grupo em prol do cuidado à comunidade. Com este relato pretende-se apresentar algumas reflexões relevantes nas práticas junto aos ACS, mirando a utopia possível num processo de cuidado.

MÉTODOS

Trata-se de estudo que considera a experiência cotidiana dos ACS na atenção a usuários, tendo como ponto de partida a teoria desenvolvida a partir das práticas, configurando o apoio matricial desenvolvido pelos residentes do Programa Multiprofissional em Saúde do núcleo de Saúde Mental da Universidade do Estado da Bahia. A experiência aconteceu entre os meses de março e dezembro de 2007 no bairro de Pernambués, localizado no Distrito Sanitário Cabula-Beiru, da cidade de Salvador (BA).

O distrito possui extensão territorial de 25. 340km² e população estimada em 359.071 habitantes. Conta com 14 unidades públicas de saúde, 2 hospitais públicos, 1 laboratório público, 10 laboratórios privados, 19 clínicas particulares e conveniadas. O bairro caracteriza-se como área de baixo nível socioeconômico, alto índice de violência e casos de sofrimento psíquico na comunidade, incluindo-se aí transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas.

A construção compartilhada do conhecimento é uma metodologia que considera a prática cotidiana realizada pelos residentes com formação em Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Serviço Social, e contou com a participação dos técnicos do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPSad), instituição em que os residentes atuavam enquanto atividade prática do Programa de Residência.

O envolvimento de várias categorias profissionais atende ao princípio da integralidade, de modo que os trabalhos resultassem em atuação mais solidária entre trabalhadores envolvidos no cuidado. Neste estudo foi definido cuidado como a interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade⁽⁹⁾.

A experiência foi realizada com um grupo de vinte e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do PACS Pernambués, bairro de Pernambués. Não houve critério de seleção, todos os agentes deste programa foram convidados a fazer parte da experiência, não sendo a atividade uma obrigação, pois não era imposta pela sua

coordenação. O PACS Pernambués não possui equipe de Saúde Mental, é composto por um médico generalista, um ginecologista, um pediatra, um enfermeiro e o supervisor dos agentes. Tal grupo de agentes atua na área há aproximadamente nove anos, sendo todos moradores da comunidade, claramente comprometidos com o trabalho que realizam.

O trabalho se deu a partir de um primeiro contato realizado entre os residentes e a coordenação do PACS. Apresentamo-nos enquanto profissionais que pretendiam atuar em parceria com a atenção primária em benefício daquela comunidade na promoção da saúde mental. No primeiro encontro com os ACS foi acertado o formato da ação de matrículamento, que seria a realização de reuniões semanais. Tais reuniões aconteciam na própria comunidade em espaços como o terraço da casa de um dos agentes, a sede de uma associação de bairro ou a própria unidade de saúde do PACS.

As fases que compuseram o desenvolvimento da proposta serão chamadas de *fase de aproximação, fortalecimento de vínculos, trabalho em conjunto e conclusão*. Na primeira, deram-se os primeiros contatos entre as equipes (ACS e residentes), em que foi possível aos grupos se conhecerem. A fase *fortalecimento de vínculos* foi marcada pelas crescentes discussões acerca do tema da saúde mental e a apropriação da temática. A fase em que foram desenvolvidas ações práticas em conjunto foi chamada de *trabalho em conjunto*, e por fim, a *conclusão* colocou, na verdade, um *ponto de continuação* no trabalho desenvolvido.

Para compor as reuniões, inspiramo-nos no Método Paidéia ou Método da Roda, que propõe “a constituição de espaços públicos em que seja possível a ocorrência do debate franco de ideias, levando à formação de sínteses e consensos provisórios que orientam a ação”⁽¹⁰⁾.

Com aproximadamente duas horas de duração, nos encontros semanais eram discutidos assuntos relacionados ao tema da Saúde Mental, dentro do contexto do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O tema a ser discutido em cada reunião era definido entre ACS e residentes com base no encontro anterior.

As tecnologias utilizadas foram: dinâmicas e discussões grupais, desenhadas com flexibilidade, com espírito crítico e criativo, no intuito de envolver afetivamente os ACS com o tema, trazendo à tona os assuntos que desejavam problematizar. As práticas educativas utilizadas basearam-se na pedagogia da problematização, fundamentada na relação dialógica.

Os recursos artísticos utilizados para disparar discussões e produzir subjetivações foram: filmes, a exemplo de

“Estamira”, “Bicho de Sete Cabeças” e “Políticas de Saúde no Brasil”; músicas; dramatizações; desenhos; colagens; dança; entre outros. E como recursos materiais, foram necessários: cadeiras, papel, revistas, cola, tesoura, lápis, caneta, hidrocor, aparelho de som, CDs, câmera fotográfica, textos, entre outros.

No decorrer do processo de ensino-aprendizagem, foram construídos relatórios de forma coletiva através da cooperação. A cooperação é a relação compartilhada estabelecida entre os participantes no desenvolvimento da aprendizagem e na realização de projetos de interesses comuns, relação de troca compartilhada pelos diferentes profissionais, formas de atuação e experiências num contexto de trabalho complexo e multifacetado. A análise dos dados coletados na experiência dos ACS foi a partir da interatividade e a cooperação no enfretamento e solução das questões⁽¹¹⁾.

Por vezes, com esse fim, foram feitos registros fotográficos e fonográficos. O registro e a publicação do material decorrente destas atividades foram autorizados pelos participantes do grupo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a lei 196/96, que orienta a conduta ética em pesquisas com seres humanos⁽¹²⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aproximação: Primeira Fase

A primeira fase identificada nesta experiência foi a de *aproximação*, da qual fizeram parte as duas primeiras reuniões. O primeiro encontro com os ACS foi destinado ao estabelecimento de vínculo, visando conhecer a história de cada um dos profissionais, as motivações, os desejos e as dificuldades relacionadas ao trabalho. Os relatos dão sentido aos eventos pelos quais os sujeitos organizam sua experiência no convívio com os outros⁽¹³⁾.

Os encontros foram divididos em discussão teórica; discussão coletiva dos casos, a partir da troca de ideias; agendamento de visitas domiciliares, que permitiram a geração, a coleta e a análise de informações.

É importante ressaltar que a aproximação com o grupo de ACS foi feita de forma cuidadosa e gradual. Priorizou-se a comunicação não violenta, não intrusa e não impositiva,⁽¹⁴⁾. Observa-se que os ACS, muitas vezes, são obrigados a participar de processos diversos de capacitação, de formação e de atualização, fruto de comunicação impositiva, contrária à proposta deste grupo, que era efetivamente outra.

A organização do matrículamento no PACS de Pernambuzinho deu-se de acordo com a disponibilidade

dos ACS, negociado com os residentes e com a enfermeira do programa. Considerou-se que seria interessante concretizar a ação a partir da construção compartilhada, desde a experiência cotidiana dos ACS⁽¹¹⁾. Propôs-se, também, a discussão dos casos identificados pelos agentes, na comunidade, como uma das metodologias do matrículamento, aproximando o conhecimento teórico da realidade experienciada.

Fortalecimento de vínculos: Segunda Fase

No decorrer dos encontros deu-se a fase de *fortalecimento de vínculos*. Os grupos (residentes e agentes) passavam a se conhecer melhor enquanto profissionais e pessoas. Nesta fase, a troca de experiências e relatos de vivências se fez presente, enriquecendo as discussões. Os temas surgiam, cada vez com mais naturalidade. As reuniões eram sempre iniciadas com uma dinâmica de apresentação ou aquecimento, o que vinha a facilitar o curso das discussões.

A aproximação com a equipe levou a um elemento novo, que foi a possibilidade de produção de conhecimento, que se construiu ao redor de uma experiência concreta no cotidiano, para colaborar no processo de trabalho dos ACS nos temas relacionados à saúde mental. O objetivo era pisar o mesmo solo do grupo, ouvi-lo e registrar as demandas para concretizar o apoio matricial.

Estes encontros propiciavam a construção de um espaço coletivo de escuta, com o intuito de estimular os sujeitos a novos sentidos e significados para produção de cuidados na saúde mental, tanto por parte dos ACS quanto dos próprios residentes. A estratégia utilizada foi pensar primeiramente o ser humano, dar eco à fala dos agentes, para, daí, pensar em educação. É importante pontuar que o trabalho sempre tentou respeitar os limites e as possibilidades de ambos.

Com este pensamento, entende-se que no lugar da linearidade temporal, o processo educativo tem que ser pensado em ciclos, retornos, simultaneidade e contradições, dentro de duas dimensões de reconhecimento: a primeira, a do conhecer ou da racionalidade; a outra, a dos significados dos sujeitos ou da experiência e da afetividade. Acredita-se, então, que a mudança comportamental não é algo simples, implica mobilizar questões tanto culturais quanto da própria história pessoal. Percebe-se, portanto, a importância de se trabalhar com os agentes de forma não impositiva, respeitando sua cultura, seus limites e crenças, pois acreditamos que o processo de aprendizagem, dessa forma, acontece mais suavemente⁽¹⁵⁾.

A aprendizagem significativa não acontece simplesmente ouvindo conteúdos sobre a saúde ou por meio de meras mudanças técnicas, mas, principalmente,

mudanças das relações, dos processos, dos atos de saúde e, sobretudo, das pessoas. Daí a importância de apostar na força afetiva do encontro, utilizando para isso dinâmicas grupais de integração e circulação da fala. Ao serem narrados os eventos vividos, os indivíduos criam um campo para ação coletiva. Os eventos tais quais narrados, postulam certas identidades e impelem atores participantes da situação da fala a tomar posições condizentes com o estado de coisas apresentado⁽¹³⁾.

Nos encontros foi privilegiada a discussão grupal dos casos pela riqueza que essa estratégia oferecia ao trabalho. Ficou notório que a escolha de casos dos ACS foi definida pelas histórias que mais os afetavam e que suscitavam sentimento de impotência e/ou pela identificação com suas próprias histórias. Nesse sentido, a todo tempo, durante os encontros, foram proporcionados momentos para que os ACS se conhecessem e falassem do seu trabalho. Percebendo as maneiras de se relacionar e trabalhar, poderiam transformar suas ações e, consequentemente, o cuidado com as famílias de sua área.

Nas discussões, adotaram-se as estratégias, partindo sempre do concreto para o abstrato, do simples para o complexo, do material para o ideal, do singular para o geral, do conhecido para o desconhecido⁽¹⁵⁾, do prático para o teórico e, ainda, a partir de um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no mundo e para seu mundo⁽¹⁶⁾.

Assim, foi criada, por exemplo, uma história sobre um membro fictício da comunidade de Pernambués que tinha transtorno mental. Uma boneca, que representava essa personagem, passava pelas mãos de todos os ACS e estes acrescentavam informações sobre sua vida.

Os agentes foram convidados a dramatizar a história, tomar o papel dos personagens surgidos e inventarem outros. O intuito foi pensar como um deles poderia, juntamente com outros atores, articular uma rede de suporte social que atendesse a *Dilcinha* (a personagem criada) e sua família.

Dilcinha é uma mulher de 40 anos, com dois filhos, um homem e uma mulher, e grávida do terceiro, fruto de um estupro. Um dos filhos era usuário de cocaína e a outra queria interditar a mãe para obter o benefício e ficar com seu dinheiro. Seu marido a abandonou e constituiu outra família. *Dilcinha* teve infância difícil, seus pais brigavam muito, não teve amor. Além disso, desde cedo, teve algumas crises psiquiátricas, tendo sido internada num manicômio, ficando por longos períodos. Quando está em casa, é mantida presa pela família num quartinho escuro nos fundos.

Dilcinha é uma doceira de mão cheia e tem uma vizinha que é sua amiga predileta.

A fim de cuidar de *Dilcinha*, personagens diferentes conduziram-na a diversos lugares: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS ad), Hospital Psiquiátrico, INSS, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Residência Terapêutica e Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, foi possível visualizar a rede de cuidados em saúde mental e traçar estratégias de atenção. Foram incluídos também nas estratégias de cuidado a implicação da família e da própria comunidade a exemplo dos vizinhos e os próprios ACS no desenrolar da situação.

A partir da dramatização, surgiram várias reflexões: “Mais louca que *Dilcinha* é sua família”; “Nem todo mundo é maluco o tempo todo”; “O que a gente deve fazer com os loucos em cárcere privado?”; “Como fechar os hospitais psiquiátricos se não abriu nenhum CAPS III aqui em Salvador?”.

Através do já vivenciado e conhecido, pôde-se conversar ainda sobre o funcionamento de cada estabelecimento citado, acrescentando novas informações teóricas sobre Benefício de Prestação Continuada, Programa de Volta para Casa, Fluxo da Rede de Saúde Mental e institucionalização da loucura. Buscou-se, ademais, a validação do saber e do fazer, tanto dos ACS como dos residentes e da comunidade local, respeitando a alteridade de todos e focado na corresponsabilização como tecnologia leve. Apostou-se aqui na potência da tecnologia leve, nas tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, na autonomização, no acolhimento⁽¹⁷⁾.

Dessa forma, através do acolhimento mútuo entre os agentes e os residentes, e o consequente estabelecimento de vínculo entre estes, aos poucos, não eram só as situações das famílias que os acompanhavam que eram discutidas, mas suas próprias famílias. Falavam do papel dos ACS, de como seu trabalho pode ser ou não promotor de saúde para eles mesmos. Mas também, colocavam-se no lugar de mãe, de pai, de esposo(a), de genro(nora), de filho(a), de cidadãos, de vizinhos, de cristãos, de membros da comunidade.

No que se refere aos hospitais psiquiátricos, seu fechamento, na perspectiva dos ACS, que são legítimos representantes da comunidade, implica em desassistência à população. É interessante notar o desconhecimento dos ACS sobre algumas propostas que não se utilizam de medicação e isolamento. Assim, tentamos a todo tempo abdicar do poder fictício e não impor a eles o entendimento sobre saúde e doença mental, e forma de assistência. A ideia

era sensibilizar e seduzir o outro para criar novas ou outras representações. O esforço para relativizar os conhecimentos foi um aprendizado dos residentes para possibilitar trocas possíveis com os ACS, que têm maneira própria, como qualquer sujeito, de relacionarem-se com o processo saúde-doença.

Nos ensinamentos de Canguilhem

[...] a vida de qualquer ser vivo, mesmo que seja uma ameba, não reconhece as categorias de saúde e doença, a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas não por isso a anula Canguilhem (2002, p. 160)⁽¹⁸⁾.

O matrícioamento, por esta razão, possibilitou o encontro com o vivido; a experiência e aconteceu no *locus* do acontecimento vivo. Permitiu ainda que, através do vínculo entre os ACS e os residentes, temas delicados do cotidiano prático pudessem ser discutidos de forma transparente, com colocações incisivas de ambas as partes e, muitas das vezes, de forma curiosa pelos ACS, quando a prática é tomada como curiosidade, e vai despertar horizontes de possibilidades. “[...] Esse procedimento faz com a que a prática se dê a uma reflexão e crítica”⁽¹⁹⁾.

Trabalho em conjunto: Terceira Fase

No processo de rever as suas práticas, os ACS propuseram realizar atenção domiciliar à família de portadores de sofrimento mental juntamente com os residentes. Demos o nome de *trabalho em conjunto* a esta fase em que as discussões sobre saúde mental já ultrapassavam a dimensão das ideias e palavras e foram para a prática.

Durante o caminho até a casa da família a ser atendida, discutia-se sobre sua história e pensava-se em estratégias de intervenção. No retorno, era feita uma avaliação do atendimento, e a discussão ganhava mais vida, sendo depois compartilhada com os demais agentes. A corresponsabilização, nesse processo, por parte dos residentes, foi fundamental.

Aos poucos, transtorno mental e abuso de álcool e outras drogas passaram a ser vistos com um olhar diferenciado pelos ACS. Estes profissionais, trabalhadores deste território há nove anos, cansados de serem submetidos a tantas capacitações que lhes informavam a cada dia sobre novas atividades a serem realizadas, acabaram encampando a ideia de serem agentes terapêuticos de “loucos”, de

“drogados” e de suas famílias. Afinal, trabalhar com saúde mental é trabalhar com saúde no seu conceito mais amplo e com promoção de saúde também. Exemplo disso é a participação ativa dos ACS em outros espaços, para além das reuniões e da atenção domiciliar, como Fóruns de Saúde Mental realizados na comunidade ou no II Encontro de Saúde Mental da Bahia, onde estiveram ao lado dos residentes, colaborando na apresentação do pôster que descrevia o processo de matrícioamento.

Fase de Conclusão: Quarta Fase

A fase de *conclusão* se deu com o encerramento das atividades. A atuação dos residentes terminava, porém, o trabalho dos agentes, relacionado à saúde mental, deveria continuar. As visitas em conjunto voltaram a ser realizadas somente pelos agentes, porém com um diferencial: havia mais discussões em grupo, já que parecia ter se constituído um novo grupo. Aos poucos, a insegurança dos agentes diante da temática foi dando lugar a novas práticas de promoção da saúde mental dos membros daquela comunidade.

O processo de matrícioamento com os residentes do Núcleo de Saúde Mental da UNEB se findava, porém o trabalho de articulação entre saúde mental e atenção primária naquela localidade ganhava força. Pôde-se observar que uma nova rede ia sendo ativada. Portas foram abertas para o desenvolvimento de parcerias e trabalhos em conjunto que se desenvolveram a seguir, como grupos de trabalho, formados por profissionais dos CAPS e PACS, para trabalhar o tema da saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas em espaços como escolas públicas, igrejas e unidades de saúde.

A partir deste momento, os agentes sabiam que poderiam contar com equipes especializadas de saúde mental, atuantes nos CAPS II e CAPS ad do bairro, quando se deparassem com situações em que fosse necessário acioná-las. Mas sabiam também que, enquanto equipe de atenção primária à saúde, o PACS possuía um grande potencial de atuação no cuidado em saúde mental, que já não era mais nenhum *bicho de sete cabeças*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma caminhada foi construída, considerando a complexidade da cena social na qual estão inseridos os ACS e os residentes. Buscou-se sempre uma estratégia educativa encarada como processo contínuo e que deve ser potencializada a cada momento, apresentando limites e possibilidades, desafiando uns aos outros a cada momento,

um trabalho vivo em ato expresso na produção de ‘relações intercessoras’, em uma de suas dimensões-chave, seu encontro com o usuário final de forma resolutiva.

A todo tempo, sensíveis ao que era produzido a partir dos encontros com os ACS, percebeu-se o potencial de trabalho de todos os profissionais, ACS e residentes, que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o “trabalho vivo em ato” e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora. A partir desta experimentação, pôde-se, aos poucos, construir uma sólida metodologia de trabalho, fundamentada na percepção dos ACS como sujeitos desejantes e históricos. Não se pode esquecer que os conceitos e métodos, tudo é função do domínio da experiência; todo pensamento científico deve mudar ante experiência nova, principalmente, através do vínculo⁽²⁰⁾.

O vínculo, o acolhimento e a divulgação de informação sobre o tema da Saúde Mental são importantes recursos, tanto educativos como terapêuticos, capazes de transformar vidas. Assim, os próprios ACS sinalizaram que as pessoas por eles acompanhadas passaram tomar conhecimento da existência e do funcionamento dos CAPS daquele território. Além disso, os ACS afirmaram estar mais preparados para acolher os problemas relacionados à saúde mental. Salientaram, ademais, que as reuniões foram muito ricas, pois, através delas, puderam perceber as pessoas e o mundo de forma diferente, contatando, interagindo, participando de redes que podem possibilitar a construção de práticas interativas e dialógicas, ressignificando os conceitos de “normalidade” e “anormalidade”.

Por fim, pode-se dizer que a troca de experiências durante os encontros realizados e as visitas realizadas conjuntamente possibilitaram a todos os envolvidos uma viagem por sons, cores, aromas, sentimentos diversos. Um mergulho antropológico e cultural que produziu vínculos mais espontâneos e naturais entre a população, os ACS e os residentes, mesclando as ações de educação em saúde e o atendimento domiciliar com as rotinas da comunidade, com o objetivo de promoção da saúde entre todos os envolvidos no processo: ACS, famílias cuidadas e residentes.

REFERÊNCIAS

1. Silva JÁ, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Lancetti A. Clínica Peripatética. 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
4. Nascimento CC. Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
5. Ministério da Saúde (BR). Equipes de Referência e Apoio Matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
7. Gomes VG. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Campinas: Universidade de Campinas; 2006.
8. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
9. Ayres JRGM. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004; 3(3):16-29.
10. Campos GWS. Um Método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
11. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. In: Vasconcelos EM. A Saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001.
12. Ministério da Saúde(BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde;1996.
13. Rabelo MCM. A Experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza I. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
14. Bourdieu P. Sobre a televisão. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.

15. Caputo M, Tôrres T. Refletindo o processo ensino: aprendizagem nas ações de educação em saúde. Manual introdutório das equipes de saúde da família. Salvador: Sesab; 2002.
16. Gadamer HG. *Verdad y método*. Salamanca: Sigueme; 1991.
17. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec; 2006.
18. Canguilhem G. *O Normal e o patológico*. 5^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
19. Freire P. *Política e educação*. São Paulo: Cortez; 1993.
20. Bachelard G. *Novo espírito científico*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1985.

Endereço primeiro autor

Allann da Cunha Carneiro
Rua Professora natalia vinhas, 107, Edf. Marques de
Herval, apt. 401
CEP: 41940-490 – Salvador - BA – Brasil
E-mail: allannc@hotmail.com

Endereço para correspondência

Josenaide Engracia dos Santos
Rua Silveira Martins, 2555
Bairro Cabula
CEP: 41195 – 001 – Salvador - BA – Brasil
E-mail: josenaidepsi@gmail.com