

Práticas de Cuidado em Saúde Mental de Mulheres por Agentes Comunitárias de Saúde de um Centro Saúde Escola do Município do Rio de Janeiro

Care Practices in Women's Mental Health by Community Health Agents of a School Health Center in the Municipality of Rio de Janeiro

Nicole Coelho Nocetti¹, Roberto José Leal²

Artigo Original

RESUMO

O presente trabalho investigou o conjunto de práticas de cuidado em saúde mental estabelecidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com a população de mulheres em um serviço de Atenção Básica no centro do Rio de Janeiro/RJ no ano de 2021. Entendendo essas trabalhadoras como pivôs na articulação entre território e serviço, analisar as práticas e ferramentas que se dispõem no trabalho mostra-se essencial para efetivação da produção de saúde integral e humanizada. Especificamente, o trabalho se propôs a identificar o repertório de práticas elencadas, o entendimento e a articulação dessas demandas com o serviço. A metodologia adotada é de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório com o tratamento de dados feito a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. O levantamento de dados foi feito a partir de entrevistas semiestruturadas compartilhando a experiência de trabalho das oito Agentes Comunitárias no cenário do Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis. A experiência de pesquisa revelou saberes e cuidados próprios da prática das ACS, configurando esse trabalho como aliado na construção da atenção à saúde feita de modo integral e humanizado. Destaca-se a relevância do uso de tecnologias leves de saúde, da coletivização e compartilhamento do cuidado em equipe e compreensão de dinâmicas sociais e afetivas do território. Esse estudo atende aos aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12, visando a garantia de direitos e deveres dos envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

The present work investigated the set of mental health care practices established by the Community Health Agents with the population of women in a Primary Care Service in downtown Rio de Janeiro/RJ in the year of 2021. With the understanding of these workers as pivots in the articulation between territory and the health service, to analyze the practices e tools that they have in the daily work shows to be essential to make an integral and humanized construction of health. Specifically, this work tried to identify the repertoire of their practices, their understanding and articulation of the demands with the service. The methodology adopted is qualitative research, with an exploratory nature, with data processing based on Bardin's Content Analysis. Data collection was carried out through semi-structured interviews sharing the work experience of eight Community Agents in the scenario of Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis. The research reveals knowledge and care specifics to the practice of ACS, configuring this work as an ally in the construction of health care carried out in a humanized way. Also, an important highlight to the relevance of the use of light health technology, the collectiveness and sharing of the work with the team and the comprehension of the social and affective dynamics of the territory. This study meets the ethical aspects in accordance with Resolution 466/12, aiming to guarantee the rights and duties of those involved.

KEYWORDS: Mental Health. Primary Care Service. Women's Health. Community Health Agent.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3737-1467>. E-mail: nicolenocetti15@gmail.com

² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4371-6506>

INTRODUÇÃO

Organizado de maneira descentralizada e capilar, a Atenção Básica (AB) busca ser porta de entrada preferencial do cuidado em saúde e ordenadora das ações da Rede de Atenção à Saúde¹ (2012). A articulação da AB com a Saúde Mental é considerada ao mesmo tempo um desafio e uma necessidade para a garantia de um cuidado integral, continuado, resolutivo e territorializado para essas demandas.

Nesse contexto, uma das possibilidades para o aumento de qualidade e resolutividade do trabalho é a formação do dispositivo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). O NASF configura-se como uma equipe multiprofissional que compartilha o cuidado atuando na dimensão clínico assistencial - atendimento direto à população - e na dimensão técnico-pedagógica - oferecendo suporte para a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no acompanhamento em saúde da população adscrita, conforme colocado no Caderno de Atenção Básica nº 39² (2014). Nesse contexto, o trabalho de psicólogos está atrelado a embasar e fortalecer a relação da equipe com a saúde mental da população.

Sob esse cenário, a AB compõe de modo cada vez mais firme com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e se alia à Reforma Psiquiátrica, seguindo a Atenção Psicossocial enquanto proposta paradigmática, como apontado por Yasui, Luzio e Amarante³ (2018). Com isso, conclui-se que o cuidado em saúde mental é indissociável de seu contexto territorial, de seu tempo e de suas conexões simbólicas. Portanto, a AB é considerada um serviço fundamental na garantia de acesso e acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico. Pois, essas equipes dispõem de vasto repertório de informações, ferramentas e práticas que podem colaborar com a produção do conceito mais amplo de saúde para a população.

Destaca-se aqui a figura das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) como pivôs nessa articulação entre território e serviço. Na linha de frente, a ACS pertence à área adscrita pelo serviço ao mesmo tempo em que trabalha nela. Entre suas diversas funções, vale apontar: mapear área, cadastrar usuários, orientar sobre o serviço, realizar acompanhamento mensal por Visitas Domiciliares (VD), informar a equipe sobre situações do território e usuários, desenvolver ações de educação em saúde, entre outras¹. Este artigo destaca uma de suas funções: a identificação e acolhimento de demandas e necessidades de saúde da área que atende, manejando-as e levando-as para o serviço. Lancetti⁴ (2000) diz das ACS como grandes descobridoras de recursos escondidos, pois a imersão no território traz perspectivas únicas a respeito da construção de estratégias, conhecimentos e práticas. Portanto, esse artigo tem como objetivo analisar o conjunto de práticas de cuidado em saúde mental estabelecidas pelas ACS com as usuárias do território de um bairro no Rio de Janeiro (RJ). Conta também com o atravessamento de gênero para compreender como a interseccionalidade está articulada ao

cuidado em saúde mental das mulheres proposto pelas ACSs.

Para isso, utiliza-se o conceito proposto por Laurentis⁵ (1984) e reiterado por Zanello⁶ (2018), entendendo gênero enquanto “conjunto de efeitos produzidos em corpos, comportamentos e relações sociais”. Zanello e Silva⁷ (2012) discutem que no contemporâneo as relações de gênero são atravessadas pelo patriarcado, estrutura que propõe e alimenta um desequilíbrio entre gêneros, colocando o gênero feminino subordinado ao masculino. Tem-se, então, uma estrutura de poder política e socialmente (re)construída que se justifica através de diferenças naturais, cultivando diferentes gestões de afeto e ação de acordo com cada gênero. Além disso, também destaca-se nessa discussão outros atravessamentos que intensificam essa experiência de desigualdade, tais como fatores de raça e classe. Torna-se essencial o olhar para a interseccionalidade para produzir um trabalho no território de modo a respeitar e potencializar a experiência singular de saúde da população de mulheres.

A experiência de ser mulher no contexto atual é marcada por diversos aspectos que as tornam mais vulneráveis a experienciar sofrimento psíquico e desenvolvimento de transtornos mentais, como observaram Nunes et al.⁸ (2016) e Andrade et al.⁹ (2006). A desigualdade entre gêneros proporciona barreiras de acessos à educação e dificulta o encontro de empregos com melhores garantias ou com salários iguais aos homens, indicam Senicato et al.¹⁰(2018). Além disso, a violência contra mulher é um fator agravante que se dá através de diversos modos: estrutural, sexual, física, patrimonial, moral e psicológica, que afetam diretamente a saúde física, mental e social das mulheres. Elas são o grupo que mais fazem tentativas de suicídio e são as mais afetadas por transtornos mentais como depressão, ansiedade, Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Transtornos Alimentares, de acordo com Justo e Calil¹¹ (2006) e outros autores^{7, 10}. Além disso, a experiência da variação hormonal em momentos como puerpério, períodos pré-menstruais e no uso de contraceptivos colocam-se como fatores associados ao desenvolvimento de humor depressivo⁹.

Não se pode deixar de mencionar que fatores raciais também estão associados a esses agravos de saúde mental, considerando o racismo como um fator de morbimortalidade para população negra, de acordo com Política Nacional de Saúde Integral da População Negra¹²(2017). A questão de classe também se destaca e permeia toda discussão sobre gênero e raça, como aponta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹³ (2004). Segundo esta Política, populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. Sinaliza, também, que o número de mulheres expostas a situações de pobreza é maior, além de disporem de mais horas de trabalho para além da rotina doméstica. Tudo isso impacta nas condições de saúde e do acesso ao cuidado também.

Dessa forma, esse artigo buscou dispor-se de alguns conceitos-ferramentas para dar conta da investigação. Utilizou-se atenção psicossocial enquanto contexto e paradigma, e a

questão do gênero como perspectiva de análise, entendendo esse dispositivo como um elemento que atravessa a constituição da saúde mental das mulheres e que deve ser levado em consideração no processo de cuidado. Também foi usado o conceito de Hardt¹⁴ (2003) sobre trabalho afetivo para pensar a prática das ACSs, definido como um trabalho de criação e manipulação dos afetos, inerente à prestação de cuidados. Ele tem como produto a troca e a comunicação afetiva, capaz de (re)produzir subjetividades, redes sociais, formas de estar no coletivo. Articulado a isso, operou-se também com o conceito de tecnologias leves de saúde proposto por Merhy¹⁵ (2014), entendido como dinâmica relacional no encontro entre o profissional e o usuário do serviço. Propõe-se que nessa troca ocorra produção de vínculo, acolhimento e autonomização do sujeito a partir de uma construção conjunta de escuta, sensibilidade e reflexão. Entende-se que esse tipo de tecnologia é desenvolvido no trabalho das ACSs, nas conversas, no acompanhamento, na disponibilidade, intermediando a relação com a CF, mediando possíveis conflitos, dispondo de sua própria experiência e repertório de práticas de ouvir e intervir, como observaram Santos e Nunes¹⁶ (2014).

Entende-se esses dispositivos como estratégicos para pensar e elaborar conjuntamente práticas potentes em saúde mental com as ACS. Apostando, então, que existem aspectos essenciais no trabalho das ACS que apresentam potencial para efetivação da produção de saúde integral e humanizada.

METODOLOGIA

Este estudo qualitativo exploratório e descritivo teve como base metodológica o trabalho de Minayo¹⁷ (2002). As questões da investigação moldaram-se a partir da inserção na realidade social, conhecimentos anteriores e demandas pela criação de novos conhecimentos e práticas. Adotou-se o caráter exploratório e descritivo pelo interesse em uma investigação mais aproximada do tema.

A pesquisa teve como cenário o Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis (CSESFA), que está inserido na região central do município do Rio de Janeiro. A RAPS desta área programática possui uma constituição singular, tendo o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) como único serviço de referência para casos de emergência psiquiátrica, sem CAPS específico na área. O CSE São Francisco conta com uma equipe NASF composta por uma psicóloga e uma assistente social. Importante ressaltar que o CSE São Francisco é um serviço municipal inserido dentro de uma instituição da UFRJ: o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA). Por conta disso, conta com a presença de discentes da UFRJ: alunos da enfermagem e medicina e profissionais dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e Saúde da Família do HESFA/UFRJ.

O Centro de Saúde Escola São Francisco é composto por duas Equipes de Saúde da Família, com um total de oito ACSs. São estes os oito sujeitos deste estudo, que foram convidados a participar diretamente e também por via da gestão do serviço. Com uma amostra total de oito participantes, os critérios de inclusão para a pesquisa foram: pertencer à categoria ACS e estar trabalhando presencialmente com vínculo empregatício no Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis no período do desenvolvimento da pesquisa. O único critério de exclusão foi não estar em trabalho presencial (em licença/férias) no período de desenvolvimento da pesquisa. Um aspecto importante de ressaltar-se foi que toda a experiência de pesquisa foi atravessada pela pandemia de COVID-19. Isso trouxe impactos para o cenário desse serviço e na rotina das trabalhadoras entrevistadas. Destaca-se que o estudo apresentou como limitação o seu recorte local, não se tratando de uma generalização do conteúdo produzido.

A produção de dados foi realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas endereçadas às ACS do CSESFA. A entrevista foi escolhida por ser uma técnica de coleta de dados privilegiada em comunicação, considerada focalizada, tratando-se de uma conversa com direcionamentos bem definidos entre pesquisadora e sujeitos-objeto¹⁷.

As perguntas fechadas tiveram como objetivo traçar o perfil das pessoas entrevistadas, informando sobre sua vida e contexto. Já as perguntas abertas são elaboradas visando o diálogo sobre o tema proposto na pesquisa, buscando coletar do participante informações relevantes sobre suas vivências, tais como: se já teve experiência de formação em Saúde Mental, sobre as experiências de manejo em Saúde Mental com mulheres vinculadas no serviço, sobre como articulam esse cuidado com a equipe e com o território, sobre quais as queixas mais frequentes que elas identificam feitas pela população feminina, sobre como são as suas relações com elas, se ser mulher traz sofrimentos específicos e também sobre quais ferramentas identificam como importantes para esse cuidado. Seguiu-se a proposta de Triviños¹⁸ (2008) ao incentivar as participantes a discorrer de maneira livre sobre as questões apresentadas. Entende-se que, a partir dessa flexibilidade, novos conteúdos, hipóteses espontâneas podem emergir e enriquecer a discussão.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas em sua totalidade. Foi realizada uma leitura flutuante dos conteúdos e os discursos foram agrupados em núcleos de sentido. Estes foram organizados em categorias, cujo objetivo foi compreender o pensamento dos sujeitos por meio das condições empíricas do texto, conforme estabelece a técnica de análise de conteúdo de Bardin¹⁹ (2006). A autora define o método como: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivo de descrição do conteúdo das mensagens”.

O quadro abaixo traz a caracterização das participantes do estudo, obtido através da aplicação do roteiro de entrevista. Ressalta-se que a maioria das profissionais está nesse vínculo

empregatício há muitos anos, vivendo transformações na política da categoria. No meio dessas movimentações, muitas ACS foram realocadas entre territórios. Com isso, já foram Agentes de suas microáreas e hoje não mais. As contratações mais recentes são residentes e trabalhadores de sua própria microárea. Todas as ACS que residem Fora de Área (FA) moram no Morro de São Carlos, localizado no bairro do Estácio, que é um território limítrofe ao de atendimento do CSE.

Quadro 1 – Caracterização das ACSs entrevistadas

Identificação	Idade	Formação	Anos de trabalho	Endereço
1	38	Superior incompleto	4	Reside em sua microárea
2	52	Médio completo	11	FA (Morro de São Carlos)
3	50	Médio completo	16	FA (Morro de São Carlos)
4	40	Médio completo + Técnico	6	Reside em sua microárea
5	59	Médio completo + Técnico	21	FA (Morro de São Carlos)
6	60	Superior completo	20	Reside em sua microárea
7	57	Médio completo	14	FA (Morro de São Carlos)
8	47	Médio completo + Técnico	21	FA (Morro de São Carlos)

Fonte: elaborado pelos autores

Esse estudo atendeu aos aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12, visando a garantia de direitos e deveres dos envolvidos. Foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro / EEAN – UFRJ (parecer n.º 4.713.430; . CAAE n.º 44657321.4.0000.5238). No momento das entrevistas, foi explicado às participantes os objetivos e motivações do estudo, e então solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para dar prosseguimento. As entrevistas foram realizadas na sala 6 do CSE São Francisco, ao longo do mês de julho e agosto de 2021, nos intervalos de turno organizados e pactuados com a gerência.

RESULTADOS

As categorias formuladas a partir dos discursos dos profissionais e cuidadores foram assim caracterizadas: As experiências e qualificações dos ACSs na identificação de elementos do cuidado sobre Saúde Mental das mulheres no território; A Composição e articulação do

cuidado em saúde mental das mulheres do território a partir de práticas estabelecidas entre ACSs e a Clínica da Família, e Contextos e atravessamentos: As ACSs e a compreensão de elementos cotidianos que afetam a saúde mental das mulheres no território.

As experiências e qualificações dos ACSs na identificação de elementos do cuidado sobre Saúde Mental das mulheres no território

Com relação às experiências e qualificações, foi observado que duas participantes tiveram contato com graduação em psicologia e serviço social e que enxergam nesses espaços uma experiência rica de aprendizados, instrumentalizando a prática:

“Eu faço faculdade de psicologia (...) Me ajuda a entender mais os casos, a elaborar, a mediar com a equipe sobre o que está acontecendo, a observar as situações. Nem sempre a queixa do paciente é algo físico, mas, com a experiência que eu tenho, às vezes a gente consegue captar algo mais profundo, mais por dentro. E isso ajuda bastante, quando eu passo os casos pra médica, acho que faz diferença.” (ACS 1)

Junto disso, a experiência de todas as oito participantes é atravessada por processos de educação permanente, compartilhando experiências de fóruns, cursos, oficinas e grupos como elementares ao trabalho:

“Teve um curso pra ACS ministrado pela Fiocruz, em 2013. Era um curso técnico, com duração de 2 anos, subdividido em módulos. Uma parte era de saúde mental. Fora isso, a gente sempre participava de fóruns, íamos em muitos (...) aprendemos a identificar doenças, como lidar com essas patologias, como se comportar, como entender o outro, principalmente. Porque muitas das vezes as pessoas lidam com esquizofrenia ou depressão achando que é uma bobeira, quando é uma patologia séria”; (ACS 3)

“Teve um cursinho (...) falava sobre depressão e outras síndromes, né, da saúde. Aprendi bastante para mim e pra saber lidar né, com toda essa situação. A ver de um outro modo, de uma outra forma a doença das pessoas. Porque é o que todo mundo fala, né: “é bobeira”. Tem coisas que a gente acaba achando que é coisa da cabeça da pessoa, entendeu? E conhecendo mais sobre a saúde mental a gente vê, a gente conhece que não é só coisa de paranoia da pessoa”; (ACS 4)

“Olha, a gente fez vários cursos. Inclusive um que foi muito legal, a gente fez lá na CAP, chamado “Caminho dos Cuidados”. Foi muito legal, falava muito de saúde mental”. (ACS 5)

Destacam-se também os relatos de que, apesar desses espaços mais formalizados serem relevantes, as participantes reforçam como o habitar o território e construir junto o cuidado com as usuárias mostra-se também como fonte essencial de aprendizado, assim como fonte de sentido ao ofício:

“Porque a gente precisa estar mais próxima deles para saber como ajudar, como ajudar essa família como ACS, como saúde dentro daquela casa”; (ACS 7)

“Eu acho que tô aprendendo muita coisa o tempo todo, eu descobri que minha área é a que mais tem paciente psiquiátrico (...) E eu sei que me afeto demais e me preocupo demais. Eu tô aprendendo o tempo todo e eu gosto disso porque cada um dos meus

pacientes, quem seja, quem me dá trabalho e quem não me dá. O carinho de cada um deles, me ensina, me enriquece.” (ACS 8)

Percebe-se que o cuidado com as usuárias é possível a partir da junção de diversos processos de trabalho, caracterizados por tipos de tecnologia em saúde. Retoma-se aqui os conceitos de tecnologia dura (instrumentos, máquinas, protocolos); tecnologias leve-duras (saberes técnicos e estruturados) e tecnologias leves (dinâmica relacional). Vendo, então, a produção de cuidado como um arranjo combinatório dessas três dimensões. Ou seja, o cuidado só se torna possível a partir da apropriação das diferentes ferramentas¹⁵.

Pelo material coletado, percebe-se que os conteúdos são caracterizados como tecnologias leve-duras e tecnologias leves, visto que foi falado sobre caracterização do sofrimento psíquico, modos de identificação, orientação sobre abordagem, modos de escuta, formação de vínculo, percepções sobre a população adscrita, entre outros. Desse modo, a construção de saberes através de aulas, palestras, oficinas e rodas de conversa forma um tipo de conhecimento que é essencial e que possibilita a formação do trabalhador.

No entanto, é pertinente afirmar que tecnologias leve-duras, apenas, não são capazes de sustentar a prática, sozinhas, pois estão ainda de certa forma alheias ao que é singular de cada sujeito e cada experiência; são anteriores ao ato de cuidado em si. O manejo do conhecimento prévio com o que surge espontaneamente no cotidiano das relações produz-se a partir das tecnologias leves. Não se deve olhar para a apropriação de conhecimentos anteriores e a atuação prática de maneira dicotômica, mas complementar. A prática de escuta ativa a princípio só se torna possível a partir de uma instrumentalização anterior sobre ela ¹⁵. Também tem que considerar que cada sujeito vai demandar uma escuta singular, que só vai ser amoldada no encontro, conforme P4 e P8 bem apontam:

“Assim, eu costumo dizer que eu danço conforme a maré. Se a pessoa é alto-astral, eu sou alto-astral junto; se ela está triste, eu já vou tratar de uma forma diferente. Eu acompanho a forma e o jeito do paciente. É uma forma de ter empatia.” (ACS 4)

“Eu entendi que existe uma questão aí que eu preciso saber ouvir, que eu preciso falar de uma maneira diferenciada. Pra cada um deles é uma maneira diferente de falar. É uma atenção (...) todos eles dão sinais. Uns se calam, uns falam demais, uns gritam.” (ACS 8)

Seguindo nessa lógica, ressalta-se que a cada encontro, com cada sujeito, um novo enquadramento e um novo cuidado é produzido. Entendendo que, com o passar do tempo, um repertório das tecnologias leves, de como lidar com cada sujeito ou situação, vai ganhando forma e contorno. Com isso, esse grupo vai se instrumentalizando nas trocas entre elas, com a equipe e com o território. Nesse sentido, destaca-se o trabalho do NASF e da Psicologia como um possível catalisador dessas trocas, dando o suporte adequado em questões técnicas, como também dinâmicas e relacionais entre a equipe e a população ².

A composição e articulação do cuidado em saúde mental das mulheres do território a partir de práticas estabelecidas entre ACSs e a Clínica da Família

Vale trazer para a discussão os resultados da questão 9 do questionário. A partir da pergunta “quais ferramentas você identifica como importantes para o cuidado que pratica em saúde mental das mulheres no território?”, uma série de características e ações são elencadas. É possível afirmar que a maioria delas são caracterizadas como tecnologias leves. Segue abaixo o que foi elencado, junto com o número de vezes mencionado nas entrevistas:

Quadro 2 – Práticas de cuidado elencadas na entrevista

Ferramenta identificada	Quantidade de vezes mencionada
Trabalho em equipe	16
Conversar com usuária	14
Disponibilidade	8
Ofertar acesso ao serviço	6
Fazer vínculo com usuária	6
Tentar entender/não julgar	6
Perceber singularidades	5
Aconselhar	4
Ouvir	4
Praticar empatia	4
Acolher	4
Acalmar	4
Confiança	4
Articular com vizinhos/família/amigos	3
Ter atenção	2
Ter paciência	2

Fonte: elaborado pelos autores

No geral, ao analisar todo o material, é importante considerar que as ACSs responderam de modo alinhado ao preconizado entre suas funções, especialmente a de identificação e acolhimento de demandas e necessidades de saúde da área que atende, manejando-as e

levando-as para o serviço. Para isso, muitas vezes as ACS cuidam a partir da articulação de tecnologias leves com o trabalho afetivo. Entende-se o afeto e a habilidade de “se afetar” como maneira de abrir caminhos para um cuidado. Hardt¹⁴ (2003) parte da compreensão de que a prestação de cuidados requer uma proximidade, um contato, e que isso é indissociável do manuseio dos afetos, tanto de si quanto do outro. A produção de trocas entre esses atores pode promover bem-estar, noção de pertencimento e espaço para compor novas possibilidades de habitar o mundo e se relacionar. Ou seja, importar-se aparece como uma via de cuidado em saúde mental e isso também fala da possibilidade de criação de acesso, de elo. Pode-se observar isso a partir das seguintes falas:

“Ela pediu ajuda, não era nem mais meu horário de trabalho, mas eu vi que era uma oportunidade que eu tive de ouvir (...) E aí, quer dizer, foi um momento que eu tive de escutar, de aconselhar. Aí por fim, conversei com ela, trouxe a situação pra equipe.” (ACS 2)

“Tô mais pra ouvir, né, a gente tem que se pôr disponível pra ouvir.” (ACS 3)

“É você colocar-se no lugar do outro e pensar: como eu agiria? Será que eu teria alguém pra conversar comigo? Por que eu não posso fazer? É tentar fazer a diferença.” (ACS 5)

“E eu acredito que essas pessoas de saúde mental, o que elas mais precisam é de carinho. Você dando carinho, dando atenção, estando aberto a fazer o que é necessário a ser feito na vida delas, acho que não dão tanto trabalho.” (ACS 7)

“A gente precisa ter empatia, precisa entender. Geralmente, quando está no primeiro contato dessas pacientes com a gente, são raras as vezes, mas acontece de não ser amigável. Elas já vêm com uma saturação de coisas, de situações. Eu acho que, se a gente tiver empatia nesse momento, já é uma grande coisa. Porque, de fato, se você não rebate toda aquela indignação, toda aquela raiva que você recebe, você acolhe aquela mulher falando “olha, eu entendo você, vamos sentar, conversar”. Isso já faz uma grande diferença, eu acredito. Empatia é primordial no contato com os pacientes.” (ACS 1)

A produção dessas sensibilidades está ligada às tecnologias leves. Conectada a disponibilizar-se a conhecer o outro e produzir saúde em conjunto. Para isso, é importante estar inserida no contexto, apropriando-se do território, dos fluxos, das narrativas e das pessoas que compõem esse cenário para que seja, então, possível manter essas relações e pactuações atualizadas, conforme destacado a seguir pela ACS P4:

“Acho que o ACS é isso, é o conhecer. Ele tem que conhecer, conhecer o paciente, saber lidar com ele, saber o dia a dia, saber o que tá passando e, em cima disso, trazer pra equipe.”

Seguindo na composição de cuidado em saúde mental, destaco que todas as 8 participantes elencaram a coletivização do trabalho como potencialidade no cuidado em saúde mental no serviço. Todas enxergam o trabalho em equipe e os espaços de discussão em grupo como primordiais para o acesso e a longitudinalidade da atenção em saúde.

“Então, pra mim, eu nunca consigo finalizar um trabalho sozinho, sabe? É sempre minha equipe que tá comigo, não tem como finalizar um trabalho sozinho. Então, é primordial ter o trabalho em equipe e eu acho ótimo. Na minha equipe, a gente tenta fazer o possível,

trabalhar em equipe é difícil, tenho uma equipe muito boa, muito parceira e empática também.” (ACS 1)

“Eu acho super interessante poder compartilhar com a equipe, porque, no momento de uma falta minha e esse paciente vir a precisar de uma atenção maior, todos estão sabendo, compartilhando do problema dessa pessoa pra poder todos ajudarem e ele não deixar de ficar assistido.” (ACS 4)

“E depois eu vou trazer pra equipe como forma de dar um acompanhamento pra ela, uma forma de levá-la pra um cuidado mais próximo.” (ACS 6)

“Com a equipe é muito bom porque nós trocamos, né. A gente tenta resolver aquilo que está dentro das nossas condições e tem funcionado.” (ACS 7)

“E assim, de um tempo pra cá a gente começou a ter necessidade de contar pros outros ACS quem são os nossos pacientes de saúde mental por causa do acolhimento. Porque muitas vezes o paciente chegava e o colega não tinha noção da gravidade do caso e não dava muita atenção e esse paciente não voltava. Hoje dependendo do paciente, são todos os ACS, só de ver já conversa, acolhe. Esse paciente não tá preso a mim, ele tá com a Unidade. Então, a Unidade inteira o acolhe. Eu acho isso importante. Porque vem com a referência de alguém, me procuram. Mas hoje sabem que, se eu não tiver, perguntam pelos outros ACS que vão acolher, que podem contar. Porque eu não vou estar aqui o tempo todo, e eles chegarem aqui e poder contar com alguém é importante.” (ACS 8)

Nesses trechos é possível captar o preconizado por Merhy e Franco²⁰ (2009), os quais estabelecem o “Trabalho em Saúde”, no Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Eles afirmam que o trabalhador da saúde é sempre coletivo, sendo impossível dar conta de algo sozinho:

Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende dessa troca, desse empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos. Merhy e Franco²⁰ (2009)

Contextos e atravessamentos: as ACSs e a compreensão de elementos cotidianos que afetam a saúde mental das mulheres no território

Aproximando-se, então, da questão do olhar coletivo, depara-se com a ideia de que o cuidado em saúde mental é indissociável de seu contexto territorial, de seu tempo e de suas conexões simbólicas. Ou seja, abarca a concepção de Atenção Psicossocial para pensar a Saúde Mental, a produção de subjetividades e a produção de cuidado qualificado às mulheres.

É possível afirmar que as participantes estabelecem conexões entre conjunturas sociais, econômicas, culturais, geopolíticas e de gênero para tentar compreender e cuidar das usuárias adscritas. Percebe-se que esse movimento de análise é também um modo de instrumentalização, visto que é uma prática de conhecimento e apropriação de informações sobre o território e a população que nele vive. Entende-se aqui território enquanto definição

usada por Santos²¹ (2000), de espaço físico, mas também simbólico, composto por sujeitos e contextos em constante movimento e formação subjetiva. A ACS P8 traz abaixo em destaque algumas percepções qualificadas sobre isso ao comparar onde mora e a microárea à qual foi designada:

“Aqui embaixo é social, familiar. Aqui tem vizinhos que moram do lado há 40 anos, porta com porta e não se conhecem. Então, é tudo muito interno, a explosão é muito dentro do cada um no seu quadrado. - (Entrevistadora: E você acha que isso afeta a saúde mental?) - Sim, porque, se aquela família tá agredindo um familiar dentro de casa, por exemplo, o vizinho não vai se meter. Aqui ninguém sequer liga, as pessoas sofrem sozinhas aqui embaixo. Fora que a pressão financeira aqui embaixo é muito maior. O financeiro é muito complicado aqui, eu já ouvi paciente dizer “Deus me livre morar no morro”, mas tá numa situação muito pior do que muita gente na comunidade. Por isso, eu acho que eles sofrem muito aqui dentro, tem muita pressão, se sentem sozinhos, não têm rede, não têm com quem contar. É tudo muito individualista.” (ACS 8)

Várias participantes também marcam a questão da violência, entendendo-a em seu amplo espectro: intra e extrafamiliar, violência sexual/física/psicológica/autoprovocada/etc., violência racial, entre outros. Surgem nas falas os conflitos sociais e familiares, racismo, misoginia, conflitos do tráfico e uso/abuso de substâncias. Também interligado a isso está a vulnerabilidade social, pobreza e violação de direitos, com mulheres experienciando desemprego, sobrecarga de trabalho (dupla/tripla jornada) e maternidade solo. Diante de cenários tão complexos, também percebem-se redes de apoio enfraquecidas, experiências de solidão, negligência e abandono. Com isso, o sofrimento psíquico.

Nessa mesma linha, a ACS 1 contribui, indicando o impacto da violência de gênero e como isso pode afetar a saúde das mulheres: “E se já ser uma mulher no mundo é difícil, imagina ser uma mulher, mãe, sozinha, entendeu? Essa violência e sobrecarga de trabalho são específicas e afetam bastante.” A partir disso, segue sua elaboração:

“Tem mulheres que sofrem agressão dentro de casa, mulheres que passam fome, eu acho que tudo isso influencia a saúde mental delas. Então, é importante, né, a gente tem que ver também como é a vida social delas pra ver o que está acontecendo. E eu acredito que isso afete muito a saúde mental das mulheres, a agressão, a falta de recursos pra cuidar da família. Eu observo muito é o quanto tem mães que cuidam dos seus filhos sozinhas, sem registro do pai, sem contato nenhum (...). Então, eu acredito que muito dos conflitos que ela vem a ter seja por conta de algum problema, de alguma falta que teve e isso no futuro pode gerar uma esquizofrenia, uma síndrome do pânico, sabe? Doenças que eu acredito que aconteçam por causa dessas situações, dessas faltas.” (ACS 1)

Outras participantes também contribuem nesse sentido:

“Acredito que as mulheres são muito acolhedoras. Toma muito pra si, tudo da família. Não é como o homem, tem homens que acham que é a mulher que tem que tomar conta de tudo e ela acaba sendo sobrecarregada. Isso afeta, com certeza. Às vezes, acaba trazendo danos à saúde, estresse. A pessoa acaba surtando.” (ACS 2)

“A maioria delas não trabalha fixo. E a maioria delas está sozinha, sem companheiro, não muito ligada com a família, sem muito vínculo com eles. É mais trabalho e família, tem sobrecarga. A queixa é com a família, de se sentirem sozinhas.” (ACS 6)

“Às vezes é uma coisa que passa na vida da pessoa, sei lá, uma desilusão, algo que não

fez bem, e aí olha como as pessoas ficam. Aí vão pra saúde mental. Tiro a mim como experiência. Eu morava lá em cima na comunidade, fui nascida e criada ali. Mas, depois, eu não queria ficar na minha casa. Eu tinha aquele medo, aquele pânico. Eu não podia ver ninguém armado, não podia escutar um tiro, não podia ver o helicóptero. Porque tudo isso me abalava, vai me dando uma angústia, uma agonia dentro de mim. Que eu falei bem assim: “eu não quero mais ficar aqui”, porque estava me fazendo mal. As pessoas estão muito doentes, assim, sabe? Acostumada com tiro e eu pensava: “gente, ninguém se acostuma com isso. Isso não é normal”. (ACS 5)

O conhecimento dessas dinâmicas sociais e o entendimento de como as pessoas nelas se inserem e se relacionam são essenciais no trabalho em saúde. Junto a isso, os recursos comuns construídos a partir do contato com o cotidiano permitem uma maior articulação do cuidado. Ou seja, a capacidade de identificar e compreender panoramas, conjunturas e particularidades dão oportunidade de ampliação de cuidado e de acesso. Inclusive, permitindo uma concepção mais abrangente de saúde. Pois, ela vai além da ausência de doenças e sintomas físicos, entendendo que a produção de saúde está entrelaçada com uma série de fatores, muitos deles já mencionados.

O trabalho como ACS constitui uma oportunidade de acolhimento e acompanhamento de uma infinidade de questões de saúde, entendendo-as como complexas diante da realidade de cada pessoa em cada contexto. Esse trabalho permite uma clínica múltipla, ampla, cotidiana e singular a cada encontro. Entendendo também que esse clinicar pode e deve ser praticado coletivamente por todas/os as/os trabalhadoras/es da saúde, sejam elas ACSs, enfermeiras, médicas, técnicas, dentistas, gestoras, assistentes sociais, psicólogas, entre outras.

Nesse sentido, opera-se com transversalidade, princípio preconizado na Política Nacional de Humanização²² (2009). A política abarca valores que atravessam também o trabalho acompanhado, tais como: autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. Além disso, um dos dispositivos que a política lança também apresenta-se como ferramenta essencial e presente no cotidiano encontrado: a Clínica Ampliada e Compartilhada. Entende-se a sua atuação a partir da articulação de diferentes enfoques e disciplinas; no compartilhamento do cuidado com o sujeito, respeitando seu protagonismo; na compreensão ampliada do processo de saúde-doença; construção compartilhada de terapêuticas; entre outras.

Com isso, é impossível desenvolver um produto fechado e enquadrado no modelo biomédico sobre como conduzir o cuidado em saúde mental das mulheres. Mas, é possível organizar o trabalho tendo como horizonte a constante movimentação e inventividade do cuidado. Compreendendo nisso a percepção dos elementos cotidianos que afetam a saúde mental das mulheres no território; entendimento do trabalho como espaço de produção de saúde com o outro; além do compartilhamento e construção das ferramentas do cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou analisar o conjunto de práticas de cuidado em Saúde Mental estabelecidas pelas ACS do cenário onde se desenvolveu a pesquisa. Entendendo que para isso foi importante explorar os repertórios que elas identificaram como próprios, incluindo desafios e potencialidades na articulação de demandas com a população e com o serviço.

O material coletado assemelha com o conteúdo lido no levantamento bibliográfico da temática. No entanto, abrange o atravessamento de gênero para pensar saúde mental, e também surge o destaque dado pelas entrevistadas: a importância do trabalho em perspectiva coletiva, apostando na coletivização e ampliação da clínica. Elas também reconhecem a importância de conhecer as dinâmicas sociais, econômicas e afetivas para compor um trabalho articulado com as tecnologias leves e leves-duras, que se embasam também em seus repertórios sobre saúde e saúde mental.

Especificamente falando sobre a psicologia operando dentro do NASF na Atenção Básica, é importante considerar que a dimensão clínico-assistencial de escuta especializada e individualizada feita por psicólogas/os não é a única ferramenta que o serviço dispõe para produção de cuidado em saúde mental. É sabido que o NASF é um dispositivo muito valioso, mas é importante ressaltar a preciosidade de sua outra dimensão: a técnico-pedagógica. Portanto, é essencial incentivar seu papel de retaguarda, com o apoio matricial e o suporte técnico com e para as equipes.

Ou seja, trata também de fazer manejos de diversas ordens, de acompanhar e oportunizar acesso a diferentes estratégias e com diferentes profissionais como enfermeiras, médicas, técnicas, gestoras, ACSs, por exemplo. Existe aí a oportunidade de deslocar hábitos, rotinas e propor outras maneiras de cuidar da saúde mental em equipe, junto às várias profissões da Estratégia de Saúde da Família. As ACSs entrevistadas apontam a disponibilidade, o compartilhamento, a troca e a invenção com o outro como ferramentas valiosas e que independem da profissão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso em 2021 ago 09] 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

- Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acesso em 2021 ago 13] 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
3. Yasui S, Luzio C, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, 2018 [acesso em 2021 ago 19]; 8(1): 173 – 190. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>
 4. Lancetti A. *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
 5. Lauretis T. A tecnologia do gênero. In: Hollanda, HB. *Tendências e impasses - O feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, pp. 206 – 242. [acesso em 2021 fev 11]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4033218/mod_resource/content/1/LAURETIS%2C%20Teresa%20de%20-%20%20A%20Tecnologia%20do%20Genero.pdf
 6. Zanello V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. 1. Ed. Curitiba: Appris, 2018. 301 p
 7. Zanello V, Silva RMC. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Rev. bioét (Impr.)* 2012 [acesso em 2022 fev 23]; 20 (2): 267 - 79. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776
 8. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensen IM, et al. Transtornos mentais comuns e características sociodemográficas: achados de estudos longitudinais da saúde do adulto (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr [online]* 2016 [acesso em 2020 nov 10] 38(2):91-7. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714>
 9. Andrade LHSG, Viana MC; Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. Clín. São Paulo [Internet]*. 2006 [acesso em 2022 mai 18]; v. 33, n. 2, p. 43-54. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>
 10. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro Ago 2018 [acesso em 2021 jul 04] v. 23, n. 8, p. 2543-2554. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>
 11. Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev. psiquiatr. clín. [online]*. 2006 [acesso 2022 jan 17] vol.33, n.2, pp.74-79. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200007>
 12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. – 3. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017 [acesso em 2021 ago 13] 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.[acesso em 2021 ago 09] 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
 14. Hardt M. Trabalho Afetivo. In: Lancetti A. *Cadernos de Subjetividade: O reencantamento do concreto*. Editora Hucitec/Educ São Paulo. (2003) [acesso em: 2020 nov 29] n. 11. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cadernosubjetividade/article/view/38773/26319>

15. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014
16. Santos GA; Nunes MO. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis*, Rio de Janeiro. Mar. 2014 [acesso em 2021 jan 26] v. 24, n. 1, p. 105-125,. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007>
17. Minayo, MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21a ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2002. [acesso em 2020 out 7] Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>
18. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. 5.ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
20. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. [Acesso em: 2021 Set 30]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>
21. Santos M. O papel ativo da geografia: um manifesto. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales Universidad de Barcelona*. 24 de janeiro de 2001 [acesso em 2022 fev 08] Nº 270. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-270.htm#un>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [acesso em 2021 ago 09] 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada_2009.pdf

Artigo recebido em junho de 2022
Versão final aprovada em junho de 2023