

O sociodrama como estratégia de pesquisa qualitativa junto a Agentes Comunitários de Saúde

Sociodrama as a qualitative research strategy with Community Health Workers

Kaleb Eliel Ferreira Leme¹, Maria Fernanda Lirani dos Reis¹, Sulamita Gonzaga Silva Amorim¹, Rosana Teresa Onocko Campos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313710

RESUMO Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atores estratégicos para os cuidados de saúde mental na Atenção Básica de Saúde (ABS), pois sua proximidade com a comunidade potencializa as condições de cuidados relativos à reabilitação psicossocial. Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa e participativo, que buscou identificar os impasses e desafios enfrentados pelos ACS no trabalho em saúde mental, utilizando o sociodrama adaptado à metodologia qualitativa, cujas técnicas foram a observação participante e os Grupos Focais. O estudo corresponde a uma Pesquisa de Implementação, ocorrida em 2019, que buscou qualificar o cuidado em saúde mental de uma rede de saúde de um município paulista de médio porte. Participaram 68 ACS do mesmo município, por meio de 5 sessões sociodramáticas, e os resultados foram analisados a partir da análise de conteúdo categorial temático. Em suma, o trabalho apontou que, embora os ACS apresentem grandes contribuições para o cuidado em saúde mental no território, ainda existem desafios importantes para a consolidação de sua prática; o sociodrama foi uma estratégia potente para acessar esses desafios, constituindo-se em uma ferramenta valiosa para captar fenômenos que envolviam a subjetividade e as relações sociais, inerentes às pesquisas qualitativas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Psicodrama. Saúde mental. Agentes Comunitários de Saúde. Ciência da implementação. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *Community Health Workers (CHW) are strategic actors for mental health care in Primary Health Care (PHC), as their proximity to the community enhances the conditions of care related to psychosocial rehabilitation. This is an exploratory study of a qualitative and participatory nature, which sought to identify the impasses and challenges faced by the CHW in mental health work, using sociodrama adapted to the qualitative methodology, in which the techniques were participant observation and focus groups. The study corresponds to an implementation survey, occurred in 2019, which sought to qualify the mental health care of a health network in a medium-sized municipality in São Paulo. Sixty-eight CHW from the same municipality participated, through 5 sociodramatic sessions, and the results were analyzed based on thematic categorical content analysis. In short, the work pointed out that although the CHW present great contributions to mental health care in the territory, there are still important challenges for the consolidation of its practice; sociodrama was a powerful strategy to address these challenges, being a valuable tool to capture phenomena involving subjectivity and social relationships, inherent in qualitative health research.*

KEYWORDS *Psychodrama. Mental health. Community Health Workers. Implementation science. Qualitative research.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
k226485@dac.unicamp.br



Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados o elo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a comunidade e possuem um envolvimento desafiador quanto aos papéis que ocupam em seu trabalho¹. Eles se deparam com atividades complexas e de difícil resolução no território, ao passo que possuem pouco conhecimento técnico e suporte para lidar com a demanda de trabalho, embora se reconheçam como ‘pau para toda obra’ nos serviços². Com relação à formação dessa categoria de profissionais, há alguns anos, estudos apontam a necessidade de cursos e estratégias de educação permanente que qualifiquem suas práticas e seu trabalho em saúde^{3,4}.

No que se refere à saúde mental, espera-se que a Atenção Básica de Saúde (ABS) seja estratégica, principalmente, com uma atuação diferenciada dos profissionais que ofertam o cuidado, promovendo humanização, acolhimento e corresponsabilização dos casos de maneira articulada em uma rede intersetorial. Não somente os profissionais da unidade estão envolvidos nessa dinâmica, mas, também, as categorias chamadas a compor as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), organizadas para subsidiar e articular o apoio das equipes locais e aproximá-las dos serviços especializados⁵.

Para Yasui, Luzio e Amarante⁶, existem importantes interfaces entre a Atenção Psicossocial (AP), a ABS e o território, uma vez que a Reforma Psiquiátrica estabelece uma nova forma de relação entre sociedade e sofrimento psíquico, que pressupõe o deslocamento do foco da doença para o sujeito, seus modos de vida e sua comunidade, valorizando o acompanhamento nos espaços onde a vida acontece, sendo, assim, o território o lócus privilegiado de práticas psicossociais. Tomam-se por território os espaços material e imaterial atravessados por relações, trocas afetivas, serviços, redes formais e informais que os sujeitos constroem para além da configuração geográfica. Cenário de acontecimentos

econômicos, hierarquias e atravessamentos políticos, o território é fruto da produção social, como conceitua Milton Santos⁷.

Nessa perspectiva, o território é espaço fundamental para o cuidado em saúde mental na lógica da APS, à medida que permite a aproximação das realidades concretas dos sujeitos, considerando “a vida como ela é”⁷⁽¹⁷⁵⁾, sendo a ABS um componente estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A costura da trama entre as unidades de saúde, os sujeitos e o cuidado no território revela não só potências, mas, também, desafios que abarcam o cotidiano das unidades: a relação entre a equipe, a formação dos profissionais de saúde – ainda pautada no modelo biomédico –, a organização do processo de trabalho; e as estratégias coletivas, entre outros, enfrentados, sobretudo, pelos ACS, já que são eles os responsáveis pelas conexões entre território e instituições⁶.

Lancetti⁸⁽⁵¹⁾ discorre sobre os desafios de se trabalhar com saúde mental no território, posto que os profissionais operam como “psicanalistas de pés descalços que praticam uma clínica muito mais complexa do que a do consultório”, vivenciando momentos extramuros diariamente.

Outros estudos apontam que os ACS enfrentam diversos entraves nos serviços devido à baixa qualificação atrelada à carência de formação, sobretudo nas práticas de trabalho em saúde mental⁹. Nesse sentido, Santos e Nunes¹⁰ apontam que eles podem estar mais preparados quando incentivados e capacitados, podendo aperfeiçoar suas ações tanto no território como, também, no trabalho da equipe interprofissional.

Entretanto, ao considerar o contexto político dos últimos anos, notam-se diversos retrocessos e fragilidades. Desde 2017, houve alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sobre a configuração e a formação dos trabalhadores da ABS, as quais culminam em um desamparo da população com relação aos cuidados básicos de saúde, à sua integralidade e ao acesso universal no País, com a desvalorização da formação do

ACS e a diminuição da presença da categoria nas unidades¹¹.

Apesar disso, é evidente que a participação dos ACS é essencial nas unidades, pois, além de conhecerem o ambiente ao seu redor e o funcionamento da rede de atenção à saúde, podem intervir em suas áreas, valorizando a emergência de afetos¹². Santos e Nunes¹⁰, em estudo recente, identificaram que houve, por parte dos ACS, interesse e necessidade de compreender melhor a temática da saúde mental, especialmente por eles terem uma vivência intensa acerca das necessidades dos usuários com adoecimento psíquico, seja leve ou grave.

Este estudo se inspirou na rica experiência do programa de saúde mental criado para o Projeto Qualis/PSF, coordenado por Lancetti, em 1998, o qual contava com uma ‘equipe volante’ de diversos profissionais técnicos, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como enfoque a ‘integralidade’ no território¹³. Tal projeto realizou uma formação com os ACS utilizando-se de recursos do sociodrama para dramatizar e discutir situações graves envolvendo os casos e as famílias do território. Após essa experiência, os agentes tornaram-se estratégicos no cuidado em saúde mental na comunidade⁸.

Com isso, o objetivo deste estudo foi identificar e discutir os impasses e desafios enfrentados pelos ACS nos cuidados em saúde mental, a partir da utilização da abordagem sociodramática combinada às técnicas qualitativas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa e participativo, realizado no segundo semestre do ano de 2019, através de um encontro com 68 ACS (79%), de um total de 86 profissionais da rede de saúde de Itatiba-SP, sendo 4 participantes do sexo masculino e 62 do sexo feminino. O critério de inclusão dos participantes foi ter mais de

18 anos, trabalhar como ACS há pelo menos 6 meses e estar fixado no quadro de funcionários da prefeitura do município. Como critério de exclusão, não foram abarcados os que estavam afastados por licença, de férias ou que se negaram a participar do estudo.

O município, considerado de médio porte, possui 120.858 habitantes (IBGE, 2019) e sua rede é composta por 19 equipes, com 6 UBS e 13 Estratégias Saúde da Família (ESF).

Este estudo fez parte do levantamento de dados acerca da realidade local da rede de saúde mental do município em questão, como um componente diagnóstico da fase de pré-implementação de uma Pesquisa de Implementação (PI)¹⁴. De acordo com Proctor et al.¹⁴, as PI são reconhecidas internacionalmente e realizadas por meio do conjunto de métodos quantitativos e qualitativos¹⁴. Além disso, devem ser aplicadas no contexto do ‘mundo real’ em que as intervenções acontecem^{15,16}.

A princípio, os ACS foram convidados a participar de uma sessão sociodramática que teve como objetivo trazer à cena determinados conteúdos e vivências dos indivíduos envolvidos, por meio de um efeito catarse que é despertado durante a encenação. Para isso, os participantes realizam um teatro dramático, e cinco elementos são indispensáveis para sua concretização: o palco, o sujeito, um diretor, um ego auxiliar e o público¹⁷.

Embora siga as instruções da teoria moreniana, oferecendo uma comunicação livre, criativa e espontânea, o termo ‘sociodrama’ refere-se a uma técnica de estímulo à participação e à intervenção em pesquisas científicas e não ao processo psicodramático, como no formato psicoterapêutico¹⁸.

Essa estratégia pode ser capaz de produzir conhecimento, contribuir para a realidade do campo e ser potencialmente eficaz para acessar conteúdos às vezes difíceis de serem verbalizados, sobretudo em contextos em que – a despeito da intenção dos pesquisadores – a verticalidade prevalece (como, por exemplo, tem sido descrito na

literatura quando há uma distância cultural ou de nível educacional muito grande entre entrevistador e entrevistado, ou na composição dos Grupos Focais – GF).

Assim, os agentes foram divididos em 5 grupos (G1, G2, G3, G4, G5), sendo conduzidos por um diretor e um ego auxiliar em cada grupo, funções desempenhadas pelos pesquisadores condutores dos grupos. Inicialmente, foi proposto um aquecimento aos participantes, para que se apresentassem e escrevessem ‘o que é trabalhar com saúde mental’; então, o diretor misturou os papéis e redistribuiu aleatoriamente a cada um deles, para que compartilhassem o escrito pelos colegas. Em seguida, eles foram convidados a pensar sobre ‘Como é ser ACS e trabalhar com saúde mental’ e a eleger uma cena representativa dessa temática.

Cada grupo dramatizou sua cena. Posteriormente, foram realizados GF para que compartilhassem aspectos que emergiram dessa vivência, contemplando os afetos, os desafios, as contradições e suas impressões sobre a realidade do campo da saúde mental.

A técnica de GF é uma dinâmica de entrevista em que as pessoas são convidadas a dialogar sobre alguma temática e estimuladas à interação grupal. No GF, as verbalizações de cada sujeito têm implicação e intervenção nos outros participantes que compõem esse conjunto, assim, o conteúdo nunca aparece isolado e de forma descritiva, mas tem a contribuição do debate gerado entre os indivíduos. As trocas também favorecem a desinibição das pessoas, que podem se sentir mais à vontade para expressar suas ideias e, conseqüentemente, fazer uma análise de maior profundidade sobre as impressões humanas¹⁹.

Nesse momento, o diretor fez a função de apoiador, e o ego auxiliar colaborou como observador participante, auxiliando com o relato das principais afetações do momento. O material de todos os GF foi audiogravado, transcrito na íntegra e organizado para a realização da análise de conteúdo categorial temático de Minayo²⁰, agrupando os textos em unidades e categorias e sendo feito o

reagrupamento analítico. Foram separadas as unidades a partir dos diálogos, relacionando-as às categorias temáticas preestabelecidas pelo roteiro, que, em seguida, foram validadas por um pesquisador diferente para formação de consenso.

Portanto, as técnicas utilizadas para a coleta de dados foram os grupos sociodramáticos, a observação participante e os GF. Ademais, foram resguardados todos os cuidados éticos de pesquisa a partir da garantia de sigilo, além da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (CAAE: 00827918.8.0000.5404).

Resultados e discussão

A percepção dos ACS acerca dos usuários da saúde mental esteve relacionada a um olhar depreciativo e estereotipado, compreendendo o trabalho em saúde mental atrelado à periculosidade e sendo reconhecidos como tais aqueles sujeitos cujos diagnósticos caracterizam-se como transtorno mental grave, com destaque para a esquizofrenia. Além disso, foram identificados alguns obstáculos com relação à atuação do agente comunitário, relacionados aos aspectos estruturantes do processo de trabalho. Nesse sentido, foram criadas cinco categorias, as quais são descritas e discutidas a seguir.

Estigmatização

O estigma vivenciado pelas pessoas em sofrimento psíquico sempre esteve presente no bojo das discussões da Reforma Psiquiátrica. Apesar disso, de maneira alguma, esse tema pode ser tomado como uma questão superada, uma vez que se apresenta fortemente nos dispositivos que constroem o imaginário social, bem como nas práticas de cuidado em saúde^{21,22}.

A princípio, a estigmatização com relação aos usuários da saúde mental foi um fator de destaque, incluindo percepções que envolveram o medo e uma visão baseada em conceitos do senso comum. Waidman, Costa e Paiano⁹ também apontaram certa distorção relacionada às pessoas com transtornos mentais, que são vistas como agressivas, perigosas e incapazes de obter autonomia. Essa perspectiva de periculosidade e medo associada à imagem dos usuários da saúde mental gera prejuízos na qualidade do cuidado oferecido. De acordo com os autores, essas reflexões são relevantes e necessárias para a desconstrução de preconceitos e estigmas, visto que a ABS deve funcionar estrategicamente para a reinserção social dos usuários, com movimentos da luta antimanicomial e de desinstitucionalização^{9,21}.

Neste estudo, além de os agentes demonstrarem sentir medo dos usuários, percebiam inseguranças no ambiente de trabalho, com a sensação de risco iminente, principalmente durante as visitas domiciliares:

Eu moro no bairro e tenho receio do que pode acontecer comigo. Tenho medo de encontrar meu paciente na rua em um momento que ele esteja perturbado [...] Hoje me deu medo! O olhar dele me deu arrepio na espinha. (G1).

Foi comum a associação entre usuários da saúde mental e agressividade, destacando-se falas que apontavam a necessidade do uso de força física e de profissionais homens para contenção mecânica, identificada como o único recurso para essas situações. Assim, a fala a seguir pôde ilustrar tais eventos, após compartilharem acerca da experiência socio-dramática, que trouxe à tona as impressões da realidade do trabalho:

[...] precisamos sempre chamar o médico que tem um porte físico grande e é homem para conter ele. Já avisei todos os superiores que ele anda com faca. Nem a família quer saber mais. Não temos segurança. (G1).

Como se pode ver, os relatos demarcam a construção de uma imagem das pessoas em sofrimento psíquico fortemente estigmatizada, que reforça, também, os aspectos de exclusão social, dificuldades na construção do vínculo e barreiras no acesso à saúde. Por essa razão, o usuário carrega consigo a privação do acolhimento e dos cuidados necessários frente às situações de crise psíquica, ou seja, o sofrimento que se dá nas condições de vida psicológica, familiar e social torna-se incompreendido²³.

No campo da saúde mental, pode ser comum que o conceito 'crise' seja interpretado como uma situação perigosa que desperta o medo da loucura, uma vez que assim era percebida por muito tempo a pessoa com transtorno mental junto à sociedade. Assim sendo, principalmente nos serviços de atenção psicossocial, faz-se necessária a mudança da compreensão paradigmática para que as relações se construam mediante a corresponsabilização de profissionais para com os usuários, com o cuidado qualificado ao reconhecer com legitimidade a realidade do louco, sua cidadania e sua história²³.

Trabalho no território e território do trabalho

Os impactos, causados pelo temor dos ACS ao se depararem com a 'loucura', e por esta estar associada a um risco imaginário, também afetam a atuação no território, no qual as visitas domiciliares aos usuários da saúde mental são realizadas, como demonstrado na seguinte fala:

[...] se sentir ameaçado com o usuário em condição de surto... Eu não vou numa casa se eu sei que tem alguém nessa condição. (G4).

Esses sentimentos de ameaça e insegurança pelas Visitas Domiciliares se apresentam como uma realidade na prática dos agentes e podem estar associados aos determinantes sociais em saúde. Outros estudos também apontaram como isso prejudica o trabalho e traz inseguranças na forma de intervir e realizar

o cuidado com os usuários e suas famílias, seja pela vulnerabilidade dos locais, seja por outras questões, como aspectos sociais ou culturais, podendo ocasionar evitação às visitas domiciliares²⁴.

Com relação à atuação dos ACS no território, um estudo constatou que, devido ao fato de eles habitarem a comunidade, existe maior predisposição para serem alvos de reclamações dos usuários, ocupando a posição de mediadores entre a população e a UBS. Percebe-se que essa relação pode acarretar sofrimento psíquico aos ACS, visto que a convivência os coloca como referências sempre acessíveis para as demandas de saúde, extrapolando a jornada de trabalho²⁵. A identidade de trabalhador se sobrepõe a outros papéis significativos da vida na comunidade, como pode ser descrito a seguir:

[...] a gente já foi até no mercado, sem precisar, para desviar de alguém. As pessoas sabem onde você mora. Todo mundo já fugiu para desviar de alguém [...] Não consigo dizer 'não'... Então, a gente foge. (G4).

Como se pode ver, não se separa o rol de vizinho do de ACS:

E você tem férias? Porque se a pessoa encontrar com a gente na Argentina ou em qualquer lugar, ela vai perguntar: E aquela guia lá, será que eu perdi? Documento, dá para tirar, menina?... Aquele remédio lá, toma como? (G3).

A demanda de trabalho dos agentes é intensa, e há entraves significativos quanto às formas de delimitar fronteiras entre o trabalho e a vida pessoal; suas narrativas associavam essa relação complexa entre território de vida e de trabalho com disparadores de estresse e impactos na qualidade de vida. Nesse entremeio, muitos disseram se sentir sobrecarregados e obrigados a atender às demandas dos usuários, inclusive aos finais de semana, como o relato do evento a seguir:

Acho que o que mais cansa é o psicológico. Porque o corpo você deita e você descansa. A mente sofre, o corpo, não [...]. Eu já parei várias vezes para chorar na rua. Eu chorei na casa do paciente esses dias. (G3).

Santana, Burlandy e Mattos²⁶ mencionam que o duplo lugar do agente enquanto trabalhador e vizinho o faz ter maior confiança e familiaridade para adentrar as residências, o que facilita o vínculo e o envolvimento em momentos de maior complexidade, operando, conforme dizia Lancetti⁸⁽²¹⁾, como “amigos qualificados”. Waidman, Costa e Paiano⁹ também apontam que o fato de os ACS serem parte integrante da comunidade faz com que eles desempenhem a função de favorecer a comunicação entre os usuários e o serviço de saúde, sendo fundamentais nos atendimentos quando se trata de acompanhamento dos casos e continuidade dos tratamentos.

Isso pode ser frustrante e exaustivo, ao mesmo tempo, como se pode observar no compartilhamento acima, uma vez que podem ser alvos de protestos e também de demandas emergenciais em sua área geográfica. Essa relação ambivalente mostra a complexidade do território para os ACS como locus de trabalho e convivência e a necessidade de suporte à categoria^{5,25}. Devem-se considerar dispositivos estratégicos como o cuidado compartilhado e a problematização das práticas de trabalho entre equipes, sendo organizados por meio de programas de educação permanente em saúde mental²⁷.

Dificuldades no trabalho com a equipe

Os ACS descrevem o trabalho em equipe como pouco cooperativo nas ações em saúde mental, principalmente quanto à construção de vínculo com os usuários. Expressaram que seus trabalhos desenvolvidos fora da unidade são pouco aproveitados e valorizados pelas equipes, como pode se ver nas falas a seguir:

O momento que ele mais pede ajuda falta a sensibilidade da equipe, que acha que eles são mais um. Ele não pode ser tratado como todo mundo. (G1).

A gente ligava para o Caps e nada. Ele atirava pedras, ficava sem roupas... ele ainda não estava machucando ninguém... mesmo assim, ninguém ajudou... (G4).

Além disso, os ACS atribuem a desvalorização do seu trabalho à ausência de ensino superior: “*Aí, você faz o que, cara? Você é o único que não tem nível superior*” (G3). Essa desvalorização do trabalho dos ACS também é presente no estudo de Santana, Burlandy e Mattos²⁶, que apontam que eles não são vistos como profissionais da saúde devido à ausência de formação técnica. Nessa perspectiva, Aguirre et al.²⁸, ao analisarem o discurso dos agentes a respeito do processo de identificação e subjetivação de suas práticas, constataram que os arranjos institucionais que valorizam os espaços coletivos permitem melhor integração dos agentes às equipes.

Dessa maneira, pode-se dizer que o nível de pertencimento dos ACS à categoria ‘profissionais de saúde’ está atrelado à sua participação junto da equipe de saúde, pois, se participam de reuniões, da construção do projeto terapêutico singular, do matriciamento, entre outras ações, podem melhor se vincular como sujeitos institucionais no sistema público de saúde²⁸. Resultado semelhante foi observado por Onocko-Campos et al.²⁹.

Nota-se que o trabalho em equipe é fundamental para o ACS levar os conhecimentos que possui ao território, bem como às famílias dos usuários da saúde mental. Lancetti⁸ explica que “em vez de retirar o membro mais ‘problemático’ do núcleo familiar, propõe-se a ajudar a família para que esta ajude seus membros mais necessitados”⁸⁽²²⁾, e, com isso, “o paciente é o grupo familiar todo”³⁰⁽¹¹⁷⁾.

Contudo, destaca-se nessa categoria a contribuição da experiência sociodramática para que os ACS expressassem descontentamentos com relação ao trabalho em equipe, além

do sentimento de desvalorização enquanto profissionais de saúde. Essa ferramenta foi capaz de promover a espontaneidade e revelar a complexidade da vivência dos ACS, conforme sugerido na literatura³¹.

A qualificação do trabalho e impactos subjetivos

A demanda de saúde mental é sentida como angustiante pelos agentes, que identificaram a necessidade de formação para lidar com questões específicas dessa clínica, como a compreensão acerca dos psicotrópicos comumente utilizados, e dificuldades relacionadas às situações de crise no território: o que é crise em saúde mental? Quais manejos e articulações são possíveis nesse momento? Esse tipo de angústia vivenciada pelos ACS pode ser verificado na fala a seguir:

Nunca tive treinamento nenhum para lidar com isso, tive que aprender na marra. Eu não estou preparada para lidar com ele [o paciente]. (G1).

Relataram, sobretudo, impactos decorrentes da carência de saberes técnicos e da ausência do apoio matricial, manifestando o desejo de treinamentos que favoreçam manejos em suas situações e práticas cotidianas. No relato a seguir, os profissionais apontaram sentimentos de desamparo e dependência de outros pontos da rede, que nem sempre se apresentam como suporte, o que impacta diretamente a dificuldade de autonomia na sua atuação:

Porque a partir do momento que você sabe diagnosticar, entender, você consegue saber o seu trabalho, onde demandar, onde encaminhar, com quem falar. A partir do momento que você consegue fazer essa rede... você já tem autonomia [...] Eu não sei se é falta de capacitação. A gente fica totalmente sem noção do que fazer, de como agir, e a vontade que dá é sair correndo. (G5).

A sobrecarga de trabalho, atrelada à falta de estabelecimento claro de suas funções e de

suporte da equipe, reflete em um sofrimento psíquico que desmotiva o trabalho dos ACS e causa a sensação de desrealização profissional. Baralhas e Pereira²⁵ identificaram que a função dos agentes está vinculada a atividades excessivas, conseqüentes da ausência de delimitação de suas atribuições, e apontam que a sobrecarga e o fato de estarem mais expostos que os demais profissionais, ou seja, sem a proteção dos muros institucionais, podem ocasionar sintomas de estresse e solidão no trabalho, o que corrobora os achados desta pesquisa.

Foi evidente, também, a frustração e a impotência perante o tempo necessário para a evolução dos quadros de saúde mental, em que a clínica exige acompanhamento longitudinal e comumente de progressão mais lenta:

O que falar? - chorando [em resposta à pergunta sobre como é ser ACS e lidar com saúde mental] [...] Ele demorou 2 anos até ter uma solução. Eu tive que me preparar, me preservar, senão... você fica doente. (G1).

Nessa lógica, não só a ausência de conhecimento técnico, mas a falta de formação continuada para os profissionais ACS podem causar sofrimento psíquico no trabalho e interferir na qualificação do cuidado em saúde mental. Isto posto, é recomendável que os trabalhadores de nível superior se disponibilizem com eficiência de duas maneiras: promovendo a saúde dos usuários e impulsionando a ampliação da clínica – contribuindo para cuidar de si e do outro, levando em consideração a subjetividade dos sujeitos envolvidos entre os diferentes saberes e práticas no universo do trabalho³².

Ressalta-se, desse modo, a possibilidade de encontros e formações voltados para os Agentes, baseados em programas de educação permanente, que busquem a qualificação do cuidado em saúde mental e fomentem a lógica do cuidado compartilhado entre os diferentes níveis profissionais^{33,34}. Assim, podem ser valorizados os saberes que rodam o centro de saúde, entre eles, as habilidades relacionais, socioafetivas e interculturais presentes nos profissionais ACS⁷.

Articulação de rede

A ausência da articulação de rede apareceu como uma fragilidade que dificulta o cuidado em saúde mental, envolvendo dificuldades de comunicação e de integração entre os diversos serviços, destacando-se: falta de um fluxo estabelecido; falta de delimitação das competências e atribuições de cada componente da rede; ausência de mecanismos de comunicação entre as unidades; baixa qualificação das equipes e aspectos que afetam as condições de trabalho, como a alta rotatividade dos profissionais. A realidade dessas circunstâncias é detalhada nas falas a seguir:

O negócio é que ninguém sabe o que faz. Primário não sabe o que faz, secundário não sabe o que faz, terciário então, meu filho, aqui é só chegando morto! (G3).

Além disso, há dificuldades na comunicação e rotatividade dos profissionais do Nasf – geralmente, quando se adaptam ao trabalho, mudam-se os trabalhadores. Uma profissional relatou como isso interfere no cotidiano do trabalho:

[...] não para ninguém também. Entra um e sai, dali um mês entra outro, e você tem que discutir o caso tudo de novo com essa pessoa, e aí volta tudo. (G5).

Demonstraram, ainda, as incompatibilidades da atuação dos profissionais para as competências necessárias da ABS, com equipes pouco qualificadas para o trabalho articulado em rede, o que reflete em uma atuação falha do processo de referência e contrarreferência. Incidências relacionadas a essas dificuldades são relatadas nas falas a seguir:

Nós ouvimos do Caps que a situação só seria resolvida quando elas (pacientes) morressem. Essa foi a resposta do Caps para gente. Elas morreram! Resolvido. (G4).

Aí, você chama o Caps para intervir, e o Caps fala assim: ah, mas ele tá no seu bairro. Eles não têm preparação para trabalhar na saúde da família. (G5).

Uma das nossas brigas também é essa: o feedback do Caps pra gente. Às vezes, o paciente vai pra lá e ele fica lá, a gente não sabe o que está acontecendo. A gente não sabe a medicação que tá tomando, se o paciente tem consulta ou não marcada pra gente poder acessar esse acompanhamento, se ele tá indo, se ele aderiu ao tratamento, se não aderiu. (G1).

As dificuldades no cuidado com os usuários da saúde mental indicam ausência de articulação da Raps, demonstrando que a falta de dispositivos de articulação de rede – como o próprio matriciamento – tem impacto negativo no serviço que é ofertado à comunidade e evidenciando as lacunas existentes na comunicação entre os profissionais e no apoio entre a equipe e o restante da rede. Isso se refere aos entraves presentes hoje na Política de Saúde Mental¹¹.

Embora a literatura recomende e oriente sobre as boas práticas de atendimento comunitário e a articulação ampliada entre os vários pontos da rede de serviços, há diversas fragilidades, como a precarização do trabalho pelos serviços terceirizados e ausência de repasses financeiros necessários, o que contraria as diretrizes dessa política pública^{9,35}.

Antonacci et al.³⁶ reiteram a relevância da organização de fluxos entre os serviços para que ultrapassem a rede fixa e que permitam estabelecer conexões entre os equipamentos, a partir da interação entre os atores do processo de cuidado em saúde, sendo eles trabalhadores, usuários e gestores. A comunicação entre esses sujeitos contribui para a construção de arranjos singulares entre os serviços, a partir das necessidades apresentadas pela população, favorecendo o trabalho criativo e uma rede que seja capaz de promover a reabilitação psicossocial^{28,33}.

Cabe destacar que a rede enfrentava alta rotatividade profissional e baixa comunicação

entre os serviços, com muitos obstáculos no cuidado em saúde mental, entretanto, iniciava a contratação de mais profissionais para compor duas equipes Nasf. Nesse contexto, uma das propostas para integrar a rede de saúde mental seria aproximar o diálogo entre os profissionais da ABS e dos serviços especializados, bem como os gestores das unidades, criando dispositivos de integração de rede por meio das PI¹⁵. Com isso, sugere-se que sejam criadas estratégias para estimular a participação, aproximar os diálogos e as boas práticas das partes interessadas nos serviços³⁷.

O Apoio Matricial é um arranjo que possibilita espaços de troca entre os diferentes serviços, em especial, Nasf, ESF e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps)³⁸. O Nasf também pode ampliar a capacidade de resposta das equipes, sendo dispositivo de suporte e de troca de conhecimentos específicos, superando a lógica da fragmentação do trabalho com reuniões e pactuações sobre os casos, a partir do encontro dos trabalhadores dos diferentes serviços^{39,40}.

Trabalhos como o de Silvia, Santos e Souza³⁸ discorrem sobre a experiência de Apoio Matricial para o ACS enquanto um espaço potente para a coprodução do cuidado em saúde, a ampliação da autonomia dos agentes no acompanhamento dos casos e a construção de um raciocínio clínico que perpassasse o acesso aos direitos e à cidadania.

Considerações finais

A ABS deve ter um papel fundamental na reinserção dos usuários da saúde mental na comunidade, porém, existem diversos desafios na articulação de rede e no oferecimento de suporte qualificado aos serviços. Percebe-se que a resolubilidade das situações-problema ou agravos em saúde mental nesse setor depende das respostas sistematizadas de queixas-conduta e está vinculada, essencialmente, à responsabilidade coletiva, com o comprometimento das equipes, da política e da gestão.

O papel do ACS mostra-se cada vez mais imprescindível no campo da saúde mental, tanto para acompanhamento dos casos quanto para proporcionar melhor resolutividade às demandas dos usuários, oferecendo um conhecimento familiar e sociocultural às unidades, haja vista sua pertença ao território. Quando conscientizados, podem combater o estigma da loucura, compreender as situações de crise e auxiliar na promoção do cuidado em saúde mental no território.

Aponta-se que as práticas de educação permanente e os programas de formação para ACS podem contribuir expressivamente para a superação dos entraves na assistência à saúde mental com suas propostas de qualificação do cuidado, por meio da implementação de dispositivos de articulação de rede, como o matriciamento, reunião de equipe, entre outros, auxiliando na execução de políticas públicas mais efetivas, inclusivas e justas.

Este estudo recomenda o sociodrama como estratégia potente para as metodologias qualitativas, sendo uma ferramenta capaz de favorecer a participação e a produção discursiva de um grupo de trabalhadores que comumente demonstra dificuldades na comunicação oral por barreiras socioculturais e educacionais. Além disso, contribuiu para a apreensão de fenômenos subjetivos, emocionais e inerentes às relações sociais.

Considera-se que a sua utilização em metodologias de pesquisa ainda é incipiente,

uma vez que não se encontrou na literatura a combinação da abordagem sociodramática com outras técnicas de pesquisa qualitativa, especialmente no campo da saúde coletiva. Contudo, para este estudo, o sociodrama, enquanto ferramenta de produção de dados em campo, permitiu mobilizar fatores subjetivos e intersubjetivos, suscitando importantes reflexões nos GF, enriquecendo, assim, a profundidade dos dados obtidos nos GF.

Portanto, recomendamos o uso dessa ferramenta com o objetivo de explicitar temáticas de difícil acesso, atravessadas por fatores subjetivos e emocionais, bem como para equalizar as discrepâncias educacionais, infelizmente, ainda existentes entre pesquisadores e sujeitos participantes das pesquisas.

Como ocorre em toda pesquisa qualitativa, os achados não podem ser generalizados empiricamente. Contudo, quando associados à literatura discutida, permitem uma contribuição ao tema da saúde mental na atenção básica à saúde e na articulação de redes assistenciais.

Colaboradores

Leme KEF (0000-0003-3582-9583)*, Reis MFL (0000-0003-1944-8502)*, Amorim SGS (0000-0003-0005-129X)* e Onocko-Campos RT (0000-0003-0469-5447)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-634.
2. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(1):349-360.
3. Coelho JM, Vasconcellos LCF, Dias EC. A formação de Agentes Comunitários de Saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. *Trab. educa. saúde*. 2018; 16(2):1143-1164.
4. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010; 20(4):1143-1164.
5. Onocko-Campos R, Gama C. Saúde mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 220-246.
6. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*. 2018; 8(1):173-190.
7. Santos M. O País Distorcido. In: Ribeiro WC, organizador. São Paulo: Publifolha; 2002.
8. Lancetti A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, organizador. *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(5):1170-1177.
10. Santos GA, Nunes MO. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis*. 2021; 24(1):105-125.
11. Morosini MVF, Angélica F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):261-274.
12. Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis*. 2017; 27(3):813-833.
13. Gonçalves PL. A unidade de referência e a equipe volante. In: Lancetti A, organizador. *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
14. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm. policy ment. health*. 2011; 38(2): 65-76.
15. Peters DH, Adam T, Alonge O, et al. Implementation research: what it is and how to do it. *British J. Sport. Med.* 2014; 48 (8):731-736.
16. Powell BJ, Proctor E, Glass JE. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Res soc work pract.* 2014; 24(2):192-212.
17. Moreno JL, Moreno ZT. Fundamentos do psicodrama. [Tradução: Moisés Aguiar]. São Paulo: Ágora; 2014.
18. Feijó N, Ferracini L. O sociodrama como metodologia da pesquisa. *Rev Bras Psicod.* 2021; 29(3):172-177.
19. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim Ofic. Sanit. Panamá*. 1996; 120(6):472-82.
20. Minayo MCS. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
21. Melo AMC. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Bras. Saúde Mental*. 2013; 4(9):84-95.
22. Leão A, Lussi IAO. Estigmatização: consequências e

- possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. *Interface (Botucatu)*. 2021; (25): e200474.
23. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2011; 21(1):47-64.
 24. Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, et al. Social determinants of health and community health agent work. *Rev. esc. enferm.* 2020; (54):e03558.
 25. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(3):358-365.
 26. Santana VG, Burlandy L, Mattos RA. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). *Saúde debate*. 2019; 43(120):159-169.
 27. Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comun. ciênc. Saúde*. 2017; 28(3-4):350-358.
 28. Aguirre SB, Pfeiffer CRC, Onocko-Campos RT, et al. Discursividades e processo de trabalho na relação de agentes envolvidos de saúde em espaços coletivos. *Inter. J. Develop. Research*. 2021; 11(3):45023-45027.
 29. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (1).
 30. Lancetti A. Síntese metodológica. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
 31. Nery MP, Costa LF, Conceição MIG. O Sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia*. 2006; 16(35):305-313.
 32. Onocko-Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(3):573-583.
 33. Chiaverni DH, organizadora. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 Fev 2004.
 35. Lima MCG, Tonantzin R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(1).
 36. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013; 47(4):891-898.
 37. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, et al. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde debate*. 2019; 43(esp2):35-47.
 38. Silva CB, Santos JE, Souza RC. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. *Saúde soc*. 2012; 21(1):153-160.
 39. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 1999; 4(2):393-403.
 40. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(2):219-230.

Recebido em 15/07/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nº do processo: 440688-3;

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), nº do processo: 2018/10366-6