

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO

- Modalidade Artigo Publicável -

Caroline Soriano Baisch

Santa Maria, RS, Brasil

2011

PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Caroline Soriano Baisch

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Sistema Público de Saúde

Orientadora: Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável

**PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM
SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Elaborado por

CAROLINE SORIANO BAISCH

como requisito parcial para obtenção do grau de
ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

COMISSÃO EXAMINADORA:

Teresinha Heck Weiller, Prof^a. Enf^a. Dr^a (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)

Maria Saleti Lock, Prof^a. Fisiot.^a Dr^a Vogt (UFSM)

Miriam Delboni, Prof^a. T.o. Ms. (UFSM)

Marlene Gomes Terra, Prof^a. Enf^a. Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 18 de Junho de 2011.

RESUMO

Monografia

Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: CAROLINE SORIANO BAISCH

ORIENTADORA: PROF^a. ENF^a. DR^a. TERESINHA HECK WEILLER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de Junho de 2011.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso que objetivou compreender a percepção dos ACS em Saúde Mental na realidade de uma ESF com Residência Multiprofissional, situada em um município do interior do RS. Se realizou uma entrevista semi-estruturada para coleta de dados. Esse estudo está de acordo com o que recomenda a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde. Os participantes do estudo foram onze agentes comunitários de saúde, dentre eles, alguns com vários anos de trabalho no território, enquanto outros, com poucos meses de experiência. A análise dos dados empíricos fez emergir dois temas principais que são: O Peso da Palavra e do Estigma, Integralidade e Saúde Mental. A vivência, em dois anos no campo de atividades na condição de residente, contou com ações fortemente pautadas no contato direto com os usuários do serviço, especialmente por meio de visitas domiciliares realizadas com os ACS. Essa situação influenciou a escolha da temática, acredita-se que os ACS são sujeitos fundamentais na identificação precoce de casos de adoecimento de saúde mental, junto aos grupos especialmente vulneráveis nos territórios. Os resultados mostraram que mesmo com a desestruturação da equipe e da rede de saúde municipal, os residentes firmaram um vínculo muito forte com os ACS neste período. Foi possível também, ao realizar assistência em saúde mental, compreender o sofrimento pelo qual os ACS estavam passando e ajudar na necessidade que encontravam de externar seus sentimentos. Através dessa troca, se compartilhou a responsabilidade frente à demanda do território. Essa situação foi desafiadora e tocante, pois tentar realizar um trabalho humanizado, planejado e sistematizado frente a inúmeras restrições foi realmente complexo.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde Mental. Estratégia em Saúde da Família. Atenção Básica.

ABSTRAT

Monograph
Post-Graduation Program in Multidisciplinary Residency within Public Health
System
Federal University of Santa Maria

HEALTH COMMUNITY AGENT'S POINT OF VIEW OF THE MENTAL HEALTH WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY.

AUTHOR: CAROLINE SORIANO BAISCH

ADVISER: TERESINHA HECK WEILLER

Date and place of defense: Santa Maria, June the 18th of 2011.

This Work has the objective to identify the Health Community Agent's(HCAs) point of view of the Mental Health in the Family Health Strategy reality with Multidisciplinary Residency, located in a city inside Rio Grande do Sul state, Brasil. It is a case study with a qualitative approach wich was realized based on a semi-structured interview to collect data. This study is according to the National Health Council Resolution 196/96. The informants of this study were eleven agents in the HCAs Program, some of them with several experience years, and others with a few experience months. This empirical data analysis brought two issues, the first one was the meaning of the word and its stigma, and the second one was the Integrality and Mental Health. Whith this experience in two years inside this area as a resident, was performed actions based on a direct contact with the service users, specially due to home visits, realized with the HCAs. This situation was an influence on the theme's choice, it believes that the HCAs are fundamental for the precocious identification of mental health illness when they are together with vulnerable groups within their territories. The results showed that, taking in consideration the lack of structure of the team, a strong bound was created with the HCAs, due to the mutual welcomeness in this period of time. It was possible to understand the suffering they where passing and the necessity they have to externalize, sharing by that, the responsibility due to the territory demand. This situation was challenging and touching, to try to perform a humanized, systematized and planned work, facing the countless restrictions was really complex.

Key-words: Health Community Agents. Mental Health. Family Health Strategy. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	METODOLOGIA.....	10
2.1	Tipo de Estudo	10
2.2	Cenário	10
2.3	Participantes do Estudo	11
2.4	Coleta.....	11
2.5	Análise e Interpretação.....	12
3	RESULTADO E DISCUSSÃO	12
3.1	O Peso da Palavra e do Estigma.....	12
3.2	Integralidade e Saúde Mental	18
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
6	ANEXOS	30
6.1	Anexo I.....	31
6.2	Anexo II.....	32
6.3	Anexo III.....	33
6.4	Anexo IV.....	34

LISTA DE BREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
CEP	-	Comitê de Ética e Pesquisa
ER	-	Equipe de Referência
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
MS	-	Ministério da Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PRMISPS	-	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
RS	-	Rio Grande do Sul
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
SF	-	Saúde da família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESF	-	Unidade de Estratégia de Saúde da Família
UFSM	-	Universidade Federal de Santa Maria

1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde ampliado, atualmente, agrega um conjunto de dimensões tais como o saneamento básico, o lazer, o meio ambiente, o território, o bem estar físico e mental, a alimentação, a educação, a economia e a espiritualidade. A ampliação do conceito de saúde vem sendo construído ao longo dessas últimas três décadas, com dois marcos importantes a serem referidos: a Conferência de Alma Ata e a Conferência Internacional de promoção de saúde em Ottawa no Canadá, esses espaços foram matéria prima para toda discussão da RSB que culmina na oitava Conferência Nacional de Saúde.

Esse conceito portanto é recente, oriundo de um período de crise das instituições em nível mundial: a década de 70, do século passado. No seio dela, nasce o Movimento da RSB, inspirado nas discussões que ocorreram na Conferência de Alma Ata em 1978 (BRASIL, 2002). O prosseguimento dessas idéias construídas encaminham, no cenário nacional, o histórico evento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986). Os pressupostos da RSB foram consolidados com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS) e demarca a saúde como direito.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foram publicados inúmeros instrumentos legais para organizar o sistema de saúde brasileiro. Dentre eles, encontra-se a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (BRASIL, 1990a); a Lei 8142/90 (BRASIL, 1990b); a portaria Ministerial Nº 648 de 2006 (BRASIL, 2006) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e normas para a organização da Atenção Básica (AB) para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Na segunda metade da década, segundo Escorel et al (2007), o processo de implantação do SUS caminhou pari passu à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da AB de saúde. Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios ocorria com base na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na AB.

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume

a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

A partir 1994, tem início o PSF, um novo modelo de organização da rede de AB à saúde. Este incorpora o trabalho em equipe multidisciplinar, e enfatiza a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) neste processo, distinguindo-se das experiências internacionais (CAMPOS e GUERREIRO, 2008).

Inicialmente, o Ministério da Saúde compreendeu a SF como um programa. Entretanto, a partir de 1996, o MS começou a desfazer o conceito de programa que estava vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, passando a empregar a denominação de Estratégia de Saúde da Família por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país (CORBO, MOROSINE E PONTES, 2007).

Segundo Finkelman (2002), a Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - como dentistas, assistentes sociais e psicólogos - podem ser incorporados ou formar uma equipe complementar, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. De acordo com a concentração de famílias no território sob responsabilidade, a UESF atua com uma ou mais equipes de profissionais.

A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de SF, nas residências e nos espaços comunitários. A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009, p. 10).

Nesse contexto de redes de atenção e ESF, em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS), estão inseridos os residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS), que, no cotidiano de

dois anos de trabalho, vivenciaram as demandas de um território específico de ESF, assim como os processos de trabalho da equipe, da rede de saúde municipal e regional.

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, instituiu-se que para cada ESF deva existir uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000 habitantes e 12 ACS por equipe de saúde da família (BRASIL, 2006a).

Observa-se que, para além do excedente populacional, existiam outros fatores que dificultavam o atendimento na ESF em questão, como o território geográfico extenso e de complicado acesso para muitos usuários do serviço de saúde. A desconstituição da ER comprometia o acompanhamento das famílias, o vínculo usuário-profissional de saúde, e a co-responsabilização da equipe - necessários para a efetivação de um modelo assistencial, pautado no que preconiza a ESF. Por isso, os profissionais residentes, ao trabalharem na ESF, principalmente em casos de saúde mental, depararam-se, muitas vezes, como componentes da ER, ao lado dos ACS e em escassa articulação com os demais profissionais que atuavam na Unidade.

No período vivenciado pelos residentes, ao ocorrerem as trocas de formação das equipes, os profissionais que permaneciam eram os ACS, visto que, são funcionários públicos concursados do município e moradores das comunidades em que trabalham. Desta forma, não houve solução de continuidade do trabalho dos ACS, pois não havia o suporte, o vínculo e a retaguarda dos trabalhadores que integravam as equipes nas trocas efetuadas, as quais foram três no período estudado.

Com essas dificuldades estruturais, esses trabalhadores tiveram, muitas vezes, que responder pelo não funcionamento ideal da unidade e assumir responsabilidades que os tornavam suscetíveis e vulneráveis a situações complexas, desencadeando processos de sofrimento devido às pressões geradas pelo descontentamento dos usuários do serviço.

Ao compartilhar e vivenciar esse cenário, juntamente com os ACS, e assumir o papel de referência no cotidiano de trabalho, buscou-se, como objetivo dessa pesquisa: compreender como os ACS percebem a Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família em um município no interior do RS?

A vivência, em dois anos no campo de atividades na condição de residente, contou com ações fortemente pautadas no contato direto com os usuários do serviço, especialmente por meio de visitas domiciliares realizadas com os ACS. Essa situação influenciou a escolha do presente estudo, inserindo o papel desse trabalhador na ESF. Acredita-se que os ACS são

sujeitos fundamentais na identificação precoce de casos de adoecimento de saúde mental, junto aos grupos especialmente vulneráveis nos territórios.

Tratar as perturbações mentais tão cedo quanto possível, holisticamente, e perto da casa e da comunidade da pessoa, leva aos melhores resultados de saúde. Além disso, os cuidados primários oferecem oportunidades incomparáveis para a prevenção das perturbações mentais e a promoção da saúde mental, para a educação da família e da comunidade e para a colaboração com outros setores (OMS e WONKA, 2009, p. 10).

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O presente estudo advém de um projeto de pesquisa multiprofissional que resultou na produção de dois artigos distintos, este é um deles. É um estudo centrado na abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Apresenta características fundantes da pesquisa qualitativa, “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais. Sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” MINAYO (2010, p.10).

Desta forma, tendo em vista sua especificidade, requer que seja realizada a partir da abordagem de estudo de caso, para Weiller (2008), o estudo de caso permite reconhecer semelhanças com realidades e cenários regionais, sem desconhecer a sua singularidade. Lüdke e André (1986) afirmam que o estudo de caso visa à descoberta, enfatiza a interpretação do contexto, retrata uma dada realidade de forma completa e aprofundada uma vez que faz uso de uma gama de fontes de informação e admite a generalização naturalística de seus resultados. Também permite, o estudo de caso, representar os diferentes ou conflitantes olhares que possam ser produzidos sobre uma dada realidade social, revelando estas contradições e permitindo ao leitor a construção dos consensos possíveis uma vez que, também, esse estudo é registrado por uma abordagem linguística de fácil interpretação e acesso ao público em geral.

2.2 Cenário

A pesquisa foi realizada em um município do interior do RS na região central do estado com 261.031 habitantes (IBGE, 2010), o qual integra 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/ RS. A ESF, escolhida para a pesquisa, é cenário de atuação das atividades do PRMISPS na ênfase Saúde da Família.

2.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes do estudo foram onze agentes comunitários de saúde que concordaram em participar da pesquisa. Os mesmos contemplavam os seguintes critérios de inclusão: estar trabalhando na ESF no período em que foi realizada a pesquisa, ser adulto (maior de 18 anos) e ter condições cognitivas para responder às perguntas. Dentre eles, alguns apresentavam vários anos de trabalho no território, enquanto outros, poucos meses de experiência.

2.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados mediante aprovação do Protocolo do Projeto de Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o nº 0331.0.243.000-10 (ANEXO I) e a autorização dos participantes no período de janeiro a março de 2011.

O estudo está de acordo com o que recomenda a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, na qual se encontram descritas as diretrizes e as normas que regulamentam os processos investigativos, que envolvem seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO II) foi apresentado aos participantes previamente à realização da pesquisa, para que estes autorizassem sua participação na mesma, depois de serem esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo.

Nesta perspectiva, elegeu-se a entrevista semi estruturada, na qual na qual a pesquisadora pode estar numa situação face a face, pois é a mais flexível dentre as técnicas de interrogação e, ainda, apresenta, também, como vantagem o fato de garantir uma boa amostra da população estudada (GIL, 1991).

Utilizou-se gravador de MP3 Player. Após as entrevistas foram transcritas e analisadas. Os arquivos audiogravados foram guardados pela pesquisadora responsável junto ao programa do projeto.

O instrumento da entrevista (ANEXO III) abordou questões referentes à saúde mental tais como: identificação das demandas; como a equipe de saúde acolhia os processos apresentados pelos ACS; quais os serviços da rede de suportes identificadas; resolutividade, existência de trabalhos de prevenção e promoção a saúde mental da criança e do adolescente; sentimentos em relação a essa demanda; implicações éticas no trabalho da ESF.

2.5 Análise e Interpretação

Os achados foram Análise de Conteúdo, que é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010).

A Análise de Conteúdo “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos” (MINAYO, 2010, p. 203). Ou seja, a análise de conteúdo proposta relaciona as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados, articulando os textos descritos e analisando com os fatores que determinam suas características como as variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Da análise do conteúdo das entrevistas emergiram dois temas; o peso da Palavra e do Estigma e Integralidade e Saúde Mental. Ao longo do texto, foram inseridos depoimentos dos entrevistados para destacar as manifestações dos mesmos com intuito de identificar a percepção dos ACS sobre o tema proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O peso da Palavra e do Estigma

A palavra doença por si só, já possui uma carga de significado pesada e negativa. Remete-nos um estado pessoal contra o qual lutamos e procuramos evitar durante toda nossa vida seja cuidando da alimentação, realizando exercícios físicos regulares, utilizando medidas preventivas como vacinas, exames, etc. Segundo Ferreira (1988), a palavra significa manifestação verbal e escrita, declaração, alta expressão do pensamento, faculdade de

expressar idéias por meio da fala, modo de ver, opinião. Por sua vez, a fala, segundo Luft (2000) expressa ação ou faculdade de falar, voz, discurso, linguagem.

Essas formas de se expressar, para por mais que sejam aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam, rapidamente, sua ligação com o desejo de poder FOUCAULT (2007, pg. 10).

Percebe-se a força na união das palavras doença e mental, essa junção resulta em uma combinação de caráter misterioso, temido e cercado de rótulos. Remete à loucura, ao medo do desconhecido, ao que deve ser excluído da rotina pelo desconforto que causa. Na atualidade, a palavra estigma para Melo (2000) representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade. A pessoa que demonstra pertencer a uma classe com características incomuns ou diferentes é pouco aceita pelo grupo social que não consegue lidar com o diferente. E, em situações extremas, transforma-se em uma pessoa má e perigosa, deixa de ser vista como sujeito na sua totalidade, e transforma-se em um ser desprovido de potencialidades. Esse sujeito é estigmatizado socialmente e anulado no contexto da produção técnica, científica e humana.”

Ouvi falar alguma coisa numa capacitação. Simplesmente a mulher chegou lá e disse que pessoas que tomam fluoxetina têm mais é que pegar um tanque de roupa suja e lavar, porque estão desocupados e não tem o que fazer. (...) Dizer que uma pessoa depressiva é depressiva porque não tem o que fazer... Não é por aí que a gente vai informar alguém de alguma coisa. Então eu acho que os profissionais da Saúde têm que ter algo de concreto para trabalhar em cima. (ACSI)

O depoimento acima revela que o tema está carregado de preconceito, o que leva uma pessoa a desenvolver preconceitos, mais do que as diferenças individuais, é a possibilidade de ter experiências e refletir sobre si mesmo e sobre os outros nas relações sociais. Quando se diz que algo é bom ou mau, sem que esse julgamento seja espontâneo ou sem que se reflita sobre o que se está expondo para um indivíduo ou para a sociedade, já é considerada uma atitude preconceituosa CROCHÍK (2006). Refletir sobre as ações em saúde mental no cotidiano de trabalho é permitir uma análise sobre os próprios preconceitos na assistência aos usuários e familiares que são considerados “problemáticos” nas ESF. Esse exercício ajuda a repensar as práticas biomédicas, tornando o acolhimento muito mais efetivo e humanizado.

A temática saúde–doença envolve muito as questões emocionais no espaço de exercício profissional. Muitas vezes, o diagnóstico apressado, a conduta extremamente técnica e desumana, a medicalização das queixas e a superficialidade do contato, podem obedecer a mecanismos de defesa contra identificações e angústias referentes ao tipo de trabalho (ONOCKO CAMPOS E GAMA, 2008).

A saúde mental passa por um processo de reorganização e tem conquistado lentamente progressos desde a reforma psiquiátrica como a desinstitucionalização dos pacientes, reinserção social, residenciais terapêuticos, centros de atenção psicossocial. Dados importantes confirmam esse processo como o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, que eram mais de 100.000 leitos no início dos anos 80 e são agora 44.067 ainda cadastrados no SUS – ou seja, o número de leitos foi reduzido em mais da metade; Quanto à implantação da rede substitutiva, em 1996, havia 154 CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde; atualmente, são 6123; Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias protegidas), são hoje 301, distribuídas em 9 estados brasileiros; Quanto ao auxílio-reabilitação do Programa De Volta Para Casa, é atualmente recebido por 1.016 pessoas (MINAS GERAIS, 2006).

No entanto, há muito a se progredir, pois substituir um sistema radicado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicamentoso requer encontrar estratégias efetivas de sensibilizar profissionais, gestores, usuários, docentes e discentes principalmente da área da saúde a refletir sobre uma nova forma de trabalhar em saúde mental. Nesse sentido, Barata (1985) ao refletir sobre as concepções teóricas e práticas do fazer em saúde, reafirma que este modelo biomédico de cuidado e atenção está pautado na uni causalidade pela resposta no biológico, na fragmentação das ações, no mecanicismo centrado nos sintomas, na recuperação e reabilitação valorizando a especialização.

O despreparo dos profissionais da saúde, mais especificamente da rede do município em questão é relatado pelos ACS, que percebem a dificuldade dos mesmos na abordagem aos pacientes e familiares na condução dos casos de saúde mental. Segundo eles, falta empatia e sensibilidade desses profissionais para compreender o quão difícil é trabalhar com as pessoas da comunidade, principalmente com mães que possuem filhos com doenças mentais. É um processo lento, de paciência e orientação, para conseguir conscientizar a família a procurar ajuda, como revela as manifestações abaixo;

Tem coisas assim que nós, pessoas que não lêem, ou que nunca viram uma reportagem ou que nunca leram um jornal, eles não conseguem identificar, e aí o que acaba acontecendo? Eles não sabem ...eles acham que aquilo é normal que a criança vai fazer.(...)! Então tu tem como chegar e dizer ó mãezinha não é assim, é assado, tu observa, tu leva, tu vai procurar, muitas vezes ela acha que a gente ta errada.Mas aí depois de um tempo que a gente vai mostrando por essa ou aquela reportagem com os sintomas... elas acabam levando sempre onde tem que levar. Mas aí tem outro problema né, que sempre quando levam quase nunca conseguem. Aí é que complica. Porque aquela mãe já não é muito dada a cuidar muito bem daquela criança, conversa com a ACS, acaba levando, batendo na porta não é recebida ou quando é recebida é mal atendida, porque se uma mãe pega o filho e vai num serviço

específico pra esse tipo, a pessoa que tá lá pra atender ela tem que pelo menos tentar se colocar no lugar daquela mãe e não é isso que acontece... (ACS 4)

...e a equipe como nós estamos com esse problema, não tá completa a equipe e não veio profissional da estratégia mesmo (...), não tá funcionando, o agente de saúde tá trabalhando como estratégia, o único que tá trabalhando, mas os profissionais de dentro da unidade não tão conseguindo, uma porque eles não são da estratégia, eles são profissionais esporadicamente contratados né. (ACS 3)

Eu acho que hoje to muito pessimista ou o tempo me fez ficar assim, o tempo de serviço, eu vou te dar uma média, de 10 casos que tu manda pra lá, talvez um seja solucionado, agente tá muito descrente né, bem descrente, tu tá sabendo que tá mandando, não vai ter solução, então, pras famílias tem que mascarar aquilo ali, tem que ser um artista minha amiga (...). Vamos fazer que vai dar certo, mas lá no fundo, eu sei que não vai dar certo, tu já sabe de outros casos, não tem, a resolução é muito pequena. (ACS 9)

Os depoimentos acima demonstram a insatisfação dos ACS com a situação da equipe incompleta e despreparada, com a desarticulação das ações realizadas pela equipe (verifica-se que não há continuidade em algumas orientações) e com a inexistência de estratégias para receber e escutar a demanda que chega à unidade. As portas se encontram fechadas para aqueles que não conseguem uma ficha de atendimento, para os que precisam enfrentar filas enormes para exames especializados, para os que precisam de um acompanhamento em clínica especializada, para os que não possuem condições de saírem da cama.

Falar de acolhimento é ter consciência de que muito do que aprendemos sobre acolher se encontra em nossas experiências práticas. Acolher não é triar. A triagem é uma prática embasada na assistência biomédica, onde não se prioriza a qualidade do atendimento e sim a quantidade realizada. Constitui a forma hegemônica da assistência em saúde, pois não contribui para um agir crítico da equipe uma vez que se encontra exausta, realizando inúmeros procedimentos. Acolher significa escutar os usuários de forma qualificada e humanizada. Esta porta de entrada é para receber a todos, essa alternativa diminui as demandas reprimidas e altera o fluxo que anteriormente era só para consultas médicas, além de restabelecer o princípio da universalidade do acesso (CARVALHO E CUNHA, 2006).

O acolhimento é uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, envolve compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desta forma, como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde possibilitando a intervenção de toda a equipe multiprofissional na escuta e resolução dos problemas do usuário; elaboração de projetos terapêuticos; espaços democráticos de trocas e decisões coletivas; acolhimento para seus profissionais; postura de escuta e compromisso às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2006b).

O acolhimento pode ser realizado por todos os trabalhadores da equipe de saúde, porém, ao analisar os depoimentos dos ACS não se percebe que os mesmos se colocavam como atores da mudança desse fazer, ou seja, que estavam dispostos, perante a equipe, a realizar esse trabalho. Existe também, a possibilidade de que esses profissionais desconhecem o real sentido dessa prática e de que pudessem exercê-la. Segundo Ferreira et al (2009), “a equipe de SF desqualifica a ação cuidadora do ACS, desconhecendo nele a competência para a construção de um cuidado diferenciado daquele centrado na lógica programática, e constrange-o à repetição do atual modelo.

Os ACS, também, preocupam-se com os encaminhamentos que são realizados aos usuários que visitam e orientam, essa atitude tem por objetivo proteger o vínculo e garantir uma convivência tranqüila no território e nas visitas domiciliares. O fato das equipes estarem compostas por trabalhadores que são membros da comunidade e da organização sanitária concomitantemente, dotam o PSF de uma potente capilaridade. Os agentes comunitários de saúde ao realizarem as visitas domiciliares às famílias que habitam sua área descobrem casos que não chegam à psiquiatria, como esquizofrênicos em prisão domiciliar ou crianças abusadas sexualmente, conhecem as tensões das bocas de fumo e sabem dos que estão ameaçados (LANCETTI, 2011; pg. 1).

Além disso, é importante salientar que fazer parte do mesmo universo sócio-cultural e lingüístico da comunidade, permite bons encontros entre o ACS e os usuários, que tendem a aumentar a sua "potência de agir", o que se traduz positivamente no modo de cuidar. As relações, experiências e vivências, que foram sendo construídas no cotidiano de sua vida e trabalho, geram laços afetivos de solidariedade, de compromisso, de responsabilidade, de confiança, de cumplicidade entre as famílias e o ACS que irão colaborar com a formação de uma subjetividade solidária, e o estabelecimento de uma nova ética no modo de fazer saúde (FERREIRA ET AL, 2009).

A relação, pautada no respeito e confiança, permite aos usuários sentirem-se mais seguros em colocar situações mais delicadas ao profissional de saúde como aquelas que dizem respeito a sentimentos, problemas econômicos, sociais, de convivência, violência, dependência química. A inserção no ambiente de vivência da família permite uma melhor compreensão das dinâmicas das relações interpessoais entre os sujeitos que ali residem. Nesse sentido, em todo lugar em que acontece um encontro entre trabalhador usuário, realizam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que tem por objetivo a composição de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a formação dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (FRANCO, BUENO E MERHY 1999).

Trabalhar com os mais diversos tipos de realidades e níveis de saberes faz com que os ACS vivenciem diferentes realidades simultaneamente, no dia a dia, Nunes et.al(2002) afirmam que os ACS ao comporem a equipe da ESF, comparam seus saberes ao dos outros profissionais da equipe se sentindo responsáveis pelo domínio de saberes e práticas referentes à saúde. Essa situação lhes acarreta, por vezes, insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem.

O somatório desses fatores acabava afetando a vontade e o estímulo dos ACS em continuar investindo no trabalho, pois percebiam a descontinuidade das ações iniciadas por eles, tanto pela ER como pelos serviços especializados da rede de atenção. Referiam se sentir incapazes e expostos, verbalizando:

Elas muitas vezes são má recebidas, e que acontece: eu não vou mais!!! Porque foi procurar uma ajuda e aí o que acontece? E esse é outro lance...e aí cria outro problema pra nós..pra mim como agente de saúde...porque daí aquela mãe se revolta e aí como ela sabe que aquele filho tem problemas muitas vezes ela acaba rejeitando aquele filho... (ACS 4)

O depoimento acima relata a situação na qual alguns usuários que seguem as orientações do ACS na busca por atendimento se deparam, “batem na porta e não são atendidos”. Essa fala remete a discussão do acesso, uma vez que revela a forma pela qual eles chegam aos estabelecimentos de saúde e são recebidos. Conforme Cecílio (1997) a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é de todo sistema e não somente do usuário, facilitando os caminhos dentre os diferentes níveis de complexidade. É importante enfatizar que este é um trabalho de toda a equipe, a fim de proporcionar ao usuário, acesso a todos os serviços dos quais necessite.

Parafraseando a idéia de Starfield (2002) acrescenta que essa responsabilização permite que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se alcançar a atenção ao primeiro contato. Para a autora, acesso é a forma como a pessoa experimenta esta particularidade do serviço de saúde. Acessibilidade ,por sua vez, não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços precisam estar acessíveis. Contudo, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque esta é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde.

No mesmo sentido para Weiller (2008), o acesso aos serviços de saúde compreendem tanto os aspectos relacionados à estrutura e recursos bem como aos relacionados a experiências vivenciadas pelo usuário nos mesmos. Para Travasso e Martins (2004, p. 219), “o acesso é um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de

características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços de saúde.”

Porém, a AB não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e sugere desqualificação e isolamento. Da mesma forma, afirma o autor que ela não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se revelam de forma variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória visto que isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único local de acolhimento, porque todo o sistema necessita responsabilizar-se pela efetividade das ações de saúde e pela vida das pessoas (SILVA E ALVES, 2007),

3.2 Integralidade e Saúde Mental

A integralidade, nos diferentes níveis, conforme Cecílio (2006), deve ser resultado do esforço e consonância dos conhecimentos de uma equipe multiprofissional com seus múltiplos saberes e práticas. Afirma ainda, que a integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência não se dá, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão difundidas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é trabalho para um esforço intersetorial.

No mesmo sentido, Mattos (2006) complementa que quando se busca organizar os serviços, através do princípio da integralidade, procura-se compreender melhor as necessidades dos grupos. As necessidades não se restringem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. O princípio da integralidade pressupõe superar reducionismos. Há profissionais que tratam apenas as doenças, lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos. Há formuladores de políticas que concebem os sujeitos que sofrerão as consequências das políticas que formulam como objetos, alvos das intervenções.

Para obter uma assistência integralizada e resolutiva, as equipes de saúde precisam encontrar formas de dinamizar e sistematizar a comunicação entre os diferentes níveis de assistência, criando condições de viabilizar e objetivar as demandas que recebem e referenciam.

O que estamos propondo é que avanços e mudanças concretas em práticas setoriais arraigadas dependerão de que, frente a um caso complexo, diante de uma situação real de impasse, os setores envolvidos reconheçam seus limites (e este reconhecimento depende de que tenham claros sua função e mandato) e convoquem outros atores, constituindo ações potentes que, extraíam orientações úteis a muitos outros, de tal forma que sirvam de baliza para a construção das redes locais e do sistema público de assistência. (COUTO E DELGADO, 2011, p. 6)

Vale ressaltar que a Saúde Mental possui uma peculiaridade no que diz respeito à pirâmide de níveis de complexidade, pois ela é oposta à tradicional onde a maior complexidade se dá em exames e procedimentos cirúrgicos. Segundo Lancetti (2011), quando o paciente se encontra internado em hospital psiquiátrico, quando está contido, sua condição se torna menos complexa e quando mais se atua no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas vivem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se descobrem pessoas em prisão domiciliar ou que não buscam auxílio e estão em risco de morte, quando mais se transita pelo território a complexidade aumenta.

Os depoimentos abaixo remetem a reflexão da complexidade da porta/ponto de entrada do usuário no sistema:

A gente aqui tá de mãos amarradas, não tem o que fazer, não tem um profissional capacitado para tratar, tirando a Residência, né? (ACS 2)

Porque eu to com uns casos lá seríssimos (...) e não consigo resolver aqui, a não ser eu mesma por conta própria... É... (ACS5)

Visto que, a ER da ESF nunca esteve totalmente completa no período de dois anos, se tornava difícil contemplar o menor requisito para aspirar ao objetivo de trabalhar com diferentes níveis de complexidade de forma integralizada. Por conseguinte, as reuniões de equipe, muitas vezes, não aconteciam, ou se resumiam na passagem de recados. Houve ocasiões em que os residentes tentaram discutir casos de saúde mental nesse espaço, mas muitos profissionais demonstravam desinteresse ou insegurança em colocar os problemas vivenciados frente aos colegas.

Tudo se perdeu! Se perdeu vínculo, nem reunião a gente não faz mais!!! Tu imagina a tristeza e o desespero do que era e do que se transformou!!(...) Tem horas assim que eu entro em crise e que eu choro(...) acabo eu entrando em depressão(...). Isso acaba afetando a minha vida, a vida das minhas filhas. (ACS4)

Eu to sempre me cuidando, porque às vezes tu pode falar alguma coisa pro outro e o outro interpretar, e sai falando (...)...infelizmente no nosso posto, já perdi caso porque não tinha ética, trazia um caso e o que que tu faz, desiste de trazer, né.(...) ...não passo porque vaza, se tá solucionado porque eu vou expor aquele cliente lá da comunidade, (...) porque a pessoa já é taxada, fica com pejorativo de louco, imagina! (ACS 9)

O fato, de já não se identificarem como uma equipe de trabalho e não construírem oportunidades para troca de idéias, provocou distanciamento entre os profissionais de tal modo que, muitos casos de saúde mental começaram a ser passados aos residentes porque esses se apresentavam receptíveis a discutir, planejar e realizar visitas agendadas aos usuários e familiares. Foi neste cenário que houve um acolhimento das demandas dos ACS pelos residentes, assim como dos ACS que acolheram os residentes que compartilhavam desse cenário de fragilidade de composição de ER.

O sentimento dos ACS em relação à ER era de desamparo e descrédito, pois desacreditavam no próprio trabalho e na efetividade do serviço da unidade. Essa situação foi citada como desencadeadora de processos de sofrimento pessoal, familiar e profissional:

Tu viste que agora, hoje, acabou de apresentar a nova equipe. Então eu não conheço as pessoas com quem eu vou trabalhar. Não conheço e não posso te dizer. (ACS 8)

Olha eu acho que se não é por vocês esse trabalho, não tem ninguém que faça... né...que vocês que tão achando os casos assim e tão levando pro caminho né...não tem.(ACS 5)

A gente nunca discutiu sobre saúde mental lá dentro do posto, com essa nova equipe agora, não, a gente nunca falou sobre isso, sempre que a gente falava com as outras equipes, elas sempre se achavam meio inseguras... aquele lado da insegurança assim, será que eu vou saber tratar?(...)...acho que lá dentro do posto eles não estão preparados pra trabalhar com saúde mental. Eu gostaria de falar assim como vocês tão vindo né, gente nova, com novas perspectivas, idéias novas, que vissem assim ó com outros olhos a saúde mental. Vissem as pessoas com olhar diferente (...)são pessoas que tem que ter um tratamento diferenciado...(ACS 6)

Colaborando com a reflexão sobre o cenário da prática, Mendes (2007) lembra que a desestruturação do coletivo, vulnerabiliza o profissional que, em nome de reconhecimento articulado à vivência de solidão e desamparo, torna-se facilmente apanhado pelo desejo da produção, empregando estratégias de mediação do sofrimento mais defensivas do que de mobilização para mudança.

No trabalho da ESF, vida pessoal e a atitude profissional, em muitos momentos, confundem-se. E definir os limites do que é uma atitude acolhedora ou uma defesa à invasão de privacidade nem sempre é tarefa simples, mas é sempre necessária. Assim, torna-se indispensável que, de tempos em tempos na instituição, essas questões sejam discutidas para que o trabalho em equipe possa acontecer de forma eficiente e verdadeiramente humanizada. É importante que se fale sobre o que está nas entrelinhas dos discursos que permeiam as relações entre as pessoas, definindo o que é do direito pessoal e do dever profissional (RIOS, 2009).

(...)muitas vezes eu preciso de ajuda, eu preciso de apoio e eu venho na minha unidade e eu não tenho apoio..isso é a pior coisa que tem!(...)Só pra conversar, se precisar

chorar, chorar, mas conversar! E a gente fica segurando, fica segurando, chega uma hora que tu acaba ficando doente.(ACS 4)

O depoimento do ACS acima revela que a mesma considera não ter apoio da ER e não ter oportunidade de dialogar sobre as dificuldades do trabalho e no trabalho, situação que nos remete a reflexão sobre humanização e acolhimento nos serviços de saúde, pois a política nacional de Humanização, ao tratar do tema, defende a tese de que o acolhimento tem o objetivo de promover saúde nos locais de trabalho e aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde (BRASIL, 2004, p.8).

Segundo Dejours (1992), na vivência dos trabalhadores, a inadaptação entre as necessidades provenientes da estrutura mental e o conteúdo ergonômico do serviço se manifesta por uma insatisfação ou por um sofrimento, ou até mesmo por um estado de ansiedade raramente manifestado em palavras, raramente explicitado pelo próprio trabalhador.

De acordo com Onocko Campos e Gama (2008), a falta de capacitação de algumas categorias profissionais, para lidar com os problemas de saúde mental, produz grande sofrimento psíquico além de comprometer a resolutividade da intervenção. Muitas vezes, os profissionais que conseguem estar mais próximos dos pacientes da mental são os Agentes de Saúde que seriam, em tese, os menos capacitados para esta tarefa.

Acrescentam ainda que uma demanda significativa relacionada à saúde mental chega diariamente na AB, que é a porta de entrada do sistema de saúde, com a expectativa de que o profissional tenha uma resposta ao seu sofrimento de forma rápida e eficaz. Apontam ainda, uma série de fatores que dificultam o acolhimento e tratamento do usuário. Dentre eles, citam a falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a insuficiência de preparo técnico do profissional, as condições de trabalho precarizadas, a falta de investimento por parte dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes sejam tratadas apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento, fato verificado nas falas a seguir:

Acho que em primeiro lugar são as políticas, (...) no Brasil todo, (...) não tem uma política montada pra saúde mental (...), agente vê na TV, vê no rádio coisas que acontecem, então assim: o pessoal ainda não está preparado pra trabalhar, e o governo não investe na saúde, porque (...) não tem retorno isso aí pro governo, (...) a demanda é muito grande pro município e daí acontece que (...) essas pessoas ficam a mercê da sorte, (...) as políticas da saúde são muito precárias, são muito demoradas as leis pra favorecerem a saúde, tanto a saúde quanto a educação né, e depois também, os profissionais, acho muito pouco profissionais, pra ESF, pra estratégia precisa de pessoas (ACS 6).

Isso aí é uma coisa muito grande pra gente tá observando porque se uma não funciona o outro se funcionar vai funcionar mal..é..por exemplo: a unidade. Se a unidade não funciona, ou funciona pouco, ela vai mandar pra outro lugar que tá funcionando pior ainda....E assim vai indo, é uma coisa muito grande, envolve prefeitura, envolve gestão (...) envolve tudo(...). não existe médico da saúde da família, médico tá ali, fala o que tu tem, ele vai lá e dá um remédio e tchau pra ti! Né, não existe acolhimento, muitas vezes nem olha pra tua cara então não é isso que ele precisa, ele precisa de alguém que pelo menos vai dá uma atenção e uma orientação pra aquela pessoa e aquela família.” (ACS 4)

Ramos (2009) mostra que para as atuais políticas de saúde do País, “saúde mental” é apenas o termo politicamente correto para indicar o campo reformado que trata dos “transtornos mentais severos e persistentes. Por que é tão difícil se compreender que saúde mental é também o campo que trata dos transtornos mentais comuns na atenção primária e que age preventivamente nas situações de risco com intervenções precoces? Por que é tão complexo se perceber que “existe uma forte associação entre a proteção dos direitos básicos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas e a sua saúde mental”? Enfim, por que é tão complicado se entender que saúde mental é algo que deve interessar a todos?

Na verdade, um novo modelo só se estabelece de fato numa cultura quando uma nova estratégia de educação é posta em uso para esse fim. Tentar mudar radicalmente a gestão de um sistema de saúde e a organização do trabalho nele realizado sem que haja uma mudança do mesmo modo na educação e formação dos atores humanos que atualizam tal sistema e tal trabalho é uma tarefa absolutamente infrutífera, senão mesmo impossível. (RAMOS, 2009).

O desafio da implementação dos princípios e diretrizes do SUS, através da utilização de dispositivos de gestão da atenção, é exatamente o de conseguir compreender o Princípio da Integralidade a partir da proposição de ações e projetos de co-gestão de caráter interdisciplinar e intersetorial, adequados a cada situação.

Conforme Campos (2006) o conceito de integralidade é utilizado apenas como um pano de fundo, uma diretriz genérica, para orientar políticas sociais e a organização de sistemas de saúde. A integralidade é uma possibilidade sistêmica ou macro-estrutural, segundo a teoria Paidéia. A propósito, esta teoria reconhece a existência de dois grandes campos de conhecimento e de trabalho em saúde: o clínico e o da saúde coletiva. Ainda que tenham elementos de contiguidade e sobreposição (campo comum), apresentam espaço específico que os distingue – núcleo próprio. É no singular que sempre se pode encontrar uma dada composição (específica) da função clínica e da função saúde coletiva. A depender do problema de saúde predominará uma ou outra função. A racionalidade clínica predomina em enfermarias e ambulatórios; a da saúde coletiva em controle de epidemias e programas de saúde pública. É importante assinalar que todas as profissões e especialidades da área da

saúde trabalham valendo-se de uma ou de outra destas modalidades: pois, segundo o autor citado, há uma clínica do enfermeiro, do psicólogo, do médico de família, do odontólogo, do pediatra, etc.

(...) Eu não to bem informada. (...)No caso eu passaria só para as pessoas competentes. Porque o ACS não tem capacidade nenhuma de tratar com pessoas que tem problema de saúde mental(..)Ta doida! Tu entrar nesse ní vel aí... O Agente de Saúde não tem... (...) eu vou te dizer a verdade: nem dentro do posto, às vezes, nem dentro da própria equipe não tem.Porque nós não somos capacitadas para tal. Não se recebe capacitação para tal.(ACS 8)

O fato, de precisarem dar conta dessas demandas sem o suporte técnico da equipe de referência, potencializa o sofrimento dessas profissionais ao se depararem com toda a responsabilidade de resolutividade e condução dos casos. Além disso, os ACS não possuem núcleo de formação, ou seja, a identidade própria de uma área de saber e de prática profissional, a noção que parte da necessidade, e da inevitabilidade de se construírem identidades sociais para as profissões e para os campos de saber (CAMPOS, 2000).

Apesar de não possuir um núcleo especializado de conhecimento, o ACS utiliza a dimensão cuidadora do seu processo de trabalho para realizar um cuidado centrado no usuário. Torna claro que uma intencionalidade o move nessa direção, para um processo de trabalho mais relacional, tanto com o usuário quanto com os outros ACS, constituindo redes solidárias entre si. Sua subjetividade opera nesta "vontade de cuidar", expressão do seu desejo que age como propulsor da construção social do seu trabalho. (FERREIRA ET.AL, 2009.)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de vivenciar, como residente em um serviço de saúde pública durante dois anos, foi riquíssima pois, quando era aluna de graduação de enfermagem, não tive oportunidade de estabelecer vínculo com uma equipe de saúde e sua população visto que os estágios não forneciam tempo suficiente para tal. A RMISPS permitiu a compreensão dessa vivência prática, das leituras e das discussões teóricas, dos planejamentos em equipe, do reconhecimento da dinâmica das políticas de saúde e sua rede de serviços.

No trabalho cotidiano, reconheci, juntamente com meus colegas, as principais demandas do território da estratégia em que nos encontrávamos, dentre elas a saúde mental se salientou por sua enorme procura, pela sua complexidade e pelas polêmicas que geraram. Ao realizarmos a abordagem multiprofissional, fui compreendendo melhor o tema sobre a saúde mental. Comecei a participar, então, de congressos sobre essa temática, discutindo e

planejando em reuniões da residência sobre as ações a serem desenvolvidas, ajudando na organização da Conferência Municipal de Saúde Mental, realizando estágio de vivência em outro município. Assim, entendendo melhor, poderia ser mais efetiva nos atendimentos.

Tendo em vista a desestrutura da equipe, como já foi explicado neste trabalho, firmamos um vínculo muito forte com os ACS pelo mútuo acolhimento neste período. Foi possível compreender o sofrimento pelo qual eles estavam passando e a necessidade que tinham de poder externá-lo, compartilhando, assim, a responsabilidade que tínhamos frente à demanda do território que deveríamos assistir.

Essa situação foi desafiadora e tocante, pois ultrapassou a noção de realidade a qual qualquer texto sobre saúde coletiva poderia tentar atingir. Tentar realizar um trabalho humanizado, planejado, sistematizado frente a inúmeras restrições era realmente complexo. Considero que essa pesquisa retrate algumas formas de olhar dos ACS em saúde mental na estratégia de saúde da família, mas também avalio que se trata de lições de vida pessoal e profissional, pois, também, trabalhamos a saúde mental dos trabalhadores.

Reflico, aqui, sobre a importância imperiosa de não deixar o SUS existir somente nas linhas das leis. É necessário lutar para que ele seja efetivado na prática, no dia-a-dia, e que se mantenha a todos os cidadãos o direito à assistência a saúde de qualidade igualmente.

Quanto à saúde mental, é necessário que se tenha equipes completas, bem preparadas, motivadas e acompanhadas por grupos de matriciamento para que se possa receber as demandas a partir da ampliação do núcleo dos profissionais que atuam nas equipes de referência, bem como acolhê-las com condutas coerentes e menos medicamentosas. Entende-se que capacitar ACS seja uma grande estratégia para efetivar uma parcela destes objetivos, visto que esse profissional possui grande potencial para se fazer compreender pelos usuários e é uma peça fundamental na identificação de casos que não chegam até a unidade.

Além disso, as relações ensino-serviço, também, devem ser discutidas para que as experiências sejam positivas tanto para a equipe quanto para os alunos que ali se encontram. Propõe-se que os acadêmicos, incipientes nas suas práticas, possam permanecer nas mesmas estratégias de saúde da família nos semestres seguintes, aumentando, de forma gradual, a complexidade dos seus procedimentos e conquistando o vínculo com a equipe e usuários, reconhecendo melhor o território e suas particularidades.

À residência, sugere-se que os residentes, que estiverem iniciando a prática na sua unidade de estratégia de saúde da família, leiam e discutam as pesquisas realizadas pelos residentes antecessores a fim de que compreendam melhor as experiências já vivenciadas no ambiente de trabalho, entendendo seu histórico e evolução.

Que não se deixe de acreditar em tudo que nos move para vivenciar uma saúde melhor. Que se possa a cada dia somar forças e empoderar os indivíduos envolvidos nesse assunto, discutindo, criando espaços de diálogos, planejando, refletindo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial, Brasília, DF. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 19 out. 2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 19 out. 2010.

_____. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2010.

_____. Lei Orgânica 8142, de 28 de dezembro de 1990. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**, Brasília, DF. 2006a. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 19 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da promoção da Saúde**, Brasília, DF. 2002. disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf >. Acesso em: 26 nov, 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 10 de abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e de Gestão do SUS**. Material de Apoio. 3ª Ed. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 24/05/2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, n. 27, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Gestão e formação nos processos de trabalho**. Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

BARATA, R.C.B. A historicidade do conceito de causa. In: **Textos de apoio- epidemiologia I**. Rio de Janeiro: ED. ABRASCO, pg de 13 a 27, 1985.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciênc. saúde coletiva v.5 n.2, Rio de Janeiro,2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext. Acesso em: 22 de maio de 2011.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C. *et AL.*, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A. V. P. Apresentação do Manual. In: CAMPOS & GUERRERO. CAMPOS, G.W.S. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Pg 4-18.

CARVALHO, S.R; CUNHA, G.T. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização da mudança na saúde. In: : MINAYO, C. et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. Pg 837-868.

CECÍLIO, L.C.O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

CECÍLIO, L.C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde**. 4ª Ed. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, Jan, 2006. Pág 113-126.

CORBO, A.D.; MOROSINI, M.V.G.C.; PONTES, A.L.M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.(Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSUV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Intersetorialidade**: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares (1). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/intersetorialcrisvpedro.pdf>. Acesso em: 22/05/2010.

CROCHÍK, J.L. **Preconceito, indivíduo e cultura**. 3 ed. São Paulo: CASA DO PSICÓLOGO, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. . São Paulo: CORTEZ, 1992.

ESCOREL, S. et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Publica, v. 21, n 2-3, 2007 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. 1 ed. Rio de Janeiro: NOVA FRONTEIRA, 1988.

FERREIRA, V. S. C. et al. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25 n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n4/21.pdf> Acesso em: 25 de maio de 2011.

FINKELMAN, J. (org) **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 15 ed . São Paulo: LOYOLA, 2007.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999. Disponível em :<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> . Acesso em: 26 de maio de 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: ATLAS, 1991.

LANCETTI, A. **Saúde Mental, Atenção Primária Promoção da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smlancetti.pdf> . Acesso em: 27 de maio de 2011.

LÜDKE, A.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUFT, C.P. **Minidicionário Luft**. 14 ed Editora ÁTICA. São Paulo.. 2000.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. Pág 19-63.

MELO, Z. M. **Os estigmas: a deterioração da identidade social**. PUC-MG, 2000. Disponível em: <<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>>. Acesso em: 23/05/2011.

MENDES,A.M.(ORG). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. 1 ed. São Paulo: CASA DO PSICÓLOGO, 2007. (Coleção Trabalho Humano).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. 1 ed. Belo Horizonte: CASA DE EDITORAÇÃO E ARTE LTDA, 2006. 238 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NUNES, M.O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n 6, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13260.pdf> . Acesso em: 17 de maio de 2011.

OMS; WONKA. Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**. Uma perspectiva global. Outubro, 2009. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/08/2009-11-04_Wonka_final.pdf. Acesso em: 22/05/2010.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS & GUERRERO. CAMPOS, G.W.S. (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 2008. p 209-235.

RAMOS, F. **A Reforma que a Reforma Aguarda: O Desafio Inadiável da Educação em Saúde Mental**. 2009. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reformafernandoramos.pdf>. Acesso em: 22/05/2011.

RIOS, I. C. **Humanização na Saúde: Prática e reflexão**. São Paulo: ÁUREA EDITORA, 2009.

SILVA Jr, A. G.; ALVES C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.(Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSUV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

STARFIELD, B. (ORG). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA/MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002

TRAVASSO, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e a utilização de serviços de saúde**. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf> . Acesso em: 28 de maio de 2011.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias** - Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2008

6. ANEXOS

6.1 ANEXO I

 <p>MINISTERIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Elementos para estruturação do apoio matricial em saúde mental da criança e adolescente na estratégia de saúde da família: um estudo de caso com agentes comunitários de saúde

Número do processo: 23081.019000/2010-14

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0331.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Terezinha Heck Weiller

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Dezembro/2011 - Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 11/01/2011

Santa Maria, 11 de Janeiro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

6.2 ANEXO II Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: ELEMENTOS PARA ESTRUTURAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Pesquisador responsável: Teresinha Heck Weiller.

Pesquisadores integrantes: Ana Paula Wilke François, Caroline Soriano Baisch, Clara Leonida Marques Colomé, Eliane Caldas da Silva, Liara Saldanha Brites, Vânia Maria Figuera Olivo.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Coordenação da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde – UFSM

Telefone para contato: (55)32209544

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde da Família São José, do Município de Santa Maria-RS - campo de atuação da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/ UFSM.

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário (a) solicitar, conforme exposto nos itens seguintes:

- Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem **Objetivo geral:** Identificar os elementos necessários para estruturação do apoio matricial em saúde mental da criança e do adolescente em uma unidade básica com Estratégia de Saúde da Família. **Objetivos específicos:** a) identificar as ações realizadas pelos ACS em situação de saúde mental da criança e do adolescente; b) analisar as potencialidades e dificuldades apresentadas pelo ACS em situações de saúde mental da infância e adolescência frente à demanda relatadas; c) categorizar as prioridades de intervenção para subsidiar a construção do processo de matriciamento.
- A coleta de dados A coleta de dados da pesquisa será realizada mediante aplicação de entrevista semi-estruturada aos sujeitos da pesquisa. As respostas dos entrevistados serão audiogravadas em gravador de MP3 Player. Haverá transcrição dessas gravações para posterior análise de dados. Após a análise dos dados, os arquivos audiogravados serão guardados durante 05 (cinco) anos junto a coordenação da RMISPS/UFSM.
- A pesquisa possui risco devido à possibilidade de o participante sentir-se cansado ou com desconforto físico em razão do tempo da entrevista.
- Os benefícios para o participante estão na possibilidade de permitir um processo crítico-reflexivo capaz de revelar potencialidades e contribuir para o protagonismo social de cada sujeito envolvido.
- A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos.
- É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento. Pode-se deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.
- As informações obtidas serão tratadas com confidencialidade, sendo utilizadas apenas de forma coletiva na divulgação dos resultados da pesquisa. Será também garantida a fidedignidade dos dados que serão apresentados.
- Os voluntários que desejarem, receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das

pesquisas, além dos resultados finais da pesquisa.

9. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10. Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado, pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

11. O pesquisador mantém o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ELEMENTOS PARA ESTRUTURAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Eu discuti com o pesquisador _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento (antes ou durante), sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Santa Maria, ____ de _____ de 201_.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nº identidade: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 201_.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Nº identidade: _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS. Endereço: Avenida Roraima nº 1000, Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 702, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Cep 97105-900, Santa Maria-RS. Telefone: (55)32209362. Email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

6.3 ANEXO III – Formulário de Entrevista com Agentes Comunitários de Saúde – Saúde Mental na Criança.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE ACORDO COM SUAS PERCEPÇÕES COTIDIANAS SOBRE SAÚDE MENTAL NA CRIANÇA

Perguntas norteadoras:

- 1) Existe demanda de saúde mental infantil na sua área?
- 2) Que demandas seriam essas (ou que tipos de transtornos)?
- 3) Como você fez para identificá-las?
- 4) Acredita que existam situações familiares, socioeconômicas e/ou culturais associadas aos transtornos citados? Quais?
- 5) Há, no trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ES), formas de registro desses casos? E das suas percepções relacionadas a eles? Como se constituem?
- 6) Você teria alguma sugestão sobre essas formas de registro?
- 7) A equipe da Unidade de ESF acolhe essa demanda?
- 8) Que conduta se faz possível, nas atuais conjunturas de trabalho, em termos de acolhimento e encaminhamento?
- 9) Que serviços da rede acolhem essa demanda, quando se fazem necessários apoio a condução desses casos e/ou encaminhamentos?
- 10) Você percebe resolubilidade nesses casos?
- 11) Que fatores contribuem para a resolubilidade desses casos?
- 12) Que fatores são prejudiciais para a resolubilidade desses casos?
- 13) Que trabalhos de prevenção ou promoção você sabe que existem voltados para a saúde mental infantil, que são utilizados pelas crianças de sua área/comunidade?
- 14) Quais (mais) você pensa que deveriam existir?
- 15) Como você se sente no trabalho com essa demanda? Por que motivos?
- 16) Há algum tipo de implicação ética na condução desses casos? No que isso implica no trabalho da ESF?

6.4 ANEXO IV – Formulário de Entrevista com Agentes Comunitários de Saúde – Saúde Mental no Adolescente.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

**COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE ACORDO COM SUAS PERCEPÇÕES
COTIDIANAS SOBRE SAÚDE MENTAL NO ADOLESCENTE**

Perguntas norteadoras:

- 17) Existe demanda de saúde mental infantil na sua área?
- 18) Que demandas seriam essas (ou que tipos de transtornos)?
- 19) Como você fez para identificá-las?
- 20) Acredita que existam situações familiares, socioeconômicas e/ou culturais associadas aos transtornos citados? Quais?
- 21) Há, no trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ES), formas de registro desses casos? E das suas percepções relacionadas a eles? Como se constituem?
- 22) Você teria alguma sugestão sobre essas formas de registro?
- 23) A equipe da Unidade de ESF acolhe essa demanda?
- 24) Que conduta se faz possível, nas atuais conjunturas de trabalho, em termos de acolhimento e encaminhamento?
- 25) Que serviços da rede acolhem essa demanda, quando se fazem necessários apoio a condução desses casos e/ou encaminhamentos?
- 26) Você percebe resolubilidade nesses casos?
- 27) Que fatores contribuem para a resolubilidade desses casos?
- 28) Que fatores são prejudiciais para a resolubilidade desses casos?
- 29) Que trabalhos de prevenção ou promoção você sabe que existem voltados para a saúde mental infantil, que são utilizados pelas crianças de sua área/comunidade?
- 30) Quais (mais) você pensa que deveriam existir?
- 31) Como você se sente no trabalho com essa demanda? Por que motivos?
- 32) Há algum tipo de implicação ética na condução desses casos? No que isso implica no trabalho da ESF?