

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

**CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE PARA A ORGANIZAÇÃO DA
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
SINALIZAÇÃO DE PRIORIDADES DE
INTERVENÇÃO.**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
-Modalidade Artigo Publicável-**

Eliane Caldas da Silva

SANTA MARIA, RS, BRASIL

2011

**CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM
SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: SINALIZAÇÃO DE PRIORIDADES DE
INTERVENÇÃO.**

Eliane Caldas da Silva

Trabalho Final de Conclusão apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obter o
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 -

**CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA
A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SINALIZAÇÃO DE
PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO.**

Elaborado por

Eliane Caldas da Silva

como requisito parcial para obtenção do grau de

ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

COMISSÃO EXAMINADORA:

Teresinha H. Weiller, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

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

Enfermeira Esp. Noeli Correia Vardeh (HUSM)

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

RESUMO

Trabalho Final de Curso

Programa de Pós Graduação em residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de saúde

Universidade Federal de Santa Maria

CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SINALIZAÇÃO DE PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO.

AUTORA: ELIANE CALDAS DA SILVA

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

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

Este estudo tem por objetivo oferecer subsídios à gestão municipal na construção do processo de apoio matricial (em saúde mental) na Estratégia Saúde da Família (ESF), dessa forma procurou-se identificar as ações realizadas pelos Agentes comunitários de saúde (ACS) frente às situações de saúde mental e apontar as prioridades de intervenção percebidas pelos ACS. Trata-se de um estudo qualitativo o qual os participantes do estudo foram 11 ACS de uma ESF, por meio de entrevista semi estruturada e analisada pela técnica de análise de conteúdo. Os resultados e discussões se deram em cima de dois enfoques que são: As ações realizadas pelos ACS e as prioridades de intervenção na saúde mental levantadas por eles. Considerações: os resultados apontam para a necessidade da implantação do Matriciamento e Apoio Matricial, convergem para pontos importantes, tais como necessidade de os gestores terem claro o papel do ACS e equipe da ESF estruturada e efetiva, visibilizam o seu importante papel, como elo entre o usuário e ESF. Acredita-se que este estudo poderá oferecer subsídios à gestão municipal na construção do processo de Matriciamento e Apoio matricial neste Município.

Palavras chave: Saúde mental; atenção básica; políticas de saúde; Assistência; Estratégia em Saúde da Família.

ABSTRACT

Final Residence Study

Multi professional Integrated Residence Program in Public Health System

Universidade Federal de Santa Maria

COMMUNITARY HEALTH AGENT CONTRIBUTION TO MENTAL HEALTH ORGANIZATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: INTERVENTION PRIORITY

AUTHOR: ELIANE CALDAS DA SILVA

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

Dade and Local: Santa Maria, 18 de Junho de 2011.

This study aim to offer subsidy to municipal administration in the construction of the matrix support (in the mental health), in the Family Health Strategy (ESF), aiming to identify actions complisheds by the Communitary Health Agents (ACS) in mental health situations and point the interventions priorities perceived by ACS. Is a qualitative study, which interviewed 11 Health Communitary Agents with a semi-struturated questionnaire, analyzed by content analysis method. The discussion and results focus to: The actions made by ACS and in the interventions priorities in mental health. Considerations: the results aim the specialist supervision and matrix support implementation needing, pointing to the administrator knowledge about the Health Communitary Agent and Family Health Strategy effective team, as a important link between the user and the ESF. This study will provide subsidy to municipal administration in the specialist supervision process and matrix support.

Key words: Mental health; primary health care, health politics; attendance; family health strategy.

LISTA DE BREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
CEP	-	Comitê de Ética e Pesquisa
AM	-	Apoio Matricial
ER	-	Equipe de Referência
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PRMISPS	-	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
RS	-	Rio Grande do Sul
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
SF	-	Saúde da família
SIA/ SUS	-	Sistema de informação ambulatorial/ sistema único de saúde
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

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA.....	9
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
3.1	Demanda de saúde mental da criança e do adolescente	11
3.2	Medicalização do sofrimento.....	13
3.3	Vínculo entre a família e/ ou os adolescentes e a ACSs.....	14
3.4	Possíveis Fatores causais para os transtornos de saúde mental	15
3.5	Crianças e adolescentes em situação de negligência/ violência/ Risco	17
3.6	Encaminhamento / acompanhamento	19
3.7	Prioridades de intervenção: O Apoio Matricial como Potencialidade.....	20
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
6	ANEXO I (Carta de aprovação).....	29
7	ANEXO II (Termo de consentimento Livre e esclarecido)	30

1. INTRODUÇÃO

Na década de 70, no século passado, teve início o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), e nesta mesma época, teve início a reforma psiquiátrica, e começando por forte movimento de trabalhadores, usuários e familiares de pacientes psiquiátricos. A luta pela substituição dos leitos em Hospitais Psiquiátricos, por uma rede de atenção integral em saúde mental - que no lugar do isolamento dentro dos manicômios pudesse existir o convívio familiar e social (Brasil, 2005). A Reforma Psiquiátrica no Brasil, em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental propõe ações alternativas ao modelo tradicional de assistência ao portador de sofrimento psíquico. Dessa forma, busca a construção de uma rede de atenção em saúde mental que objetiva um atendimento integrado com a família e comunidade, visando à reinserção social e garantia de cidadania a esses sujeitos. Diante disso, aproximar a Saúde Mental da Atenção Primária é preocupação constante de muitos profissionais da saúde (BRASIL, 2001a).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, com ênfase na atenção básica¹ (AB), na complementaridade e integralidade das ações e serviços de saúde e na co-responsabilização pela promoção do cuidado em saúde entre profissionais/usuários/família/comunidade (BRASIL, 2001b; 2006a). Ainda nesse sentido, Costa e Carbone (2004) destacam que a Estratégia Saúde da Família imprime uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população a partir da atenção básica.

Neste contexto de ESF, o agente comunitário de saúde (ACS) tem papel importante, uma vez que atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo MS, com o objetivo de alcançar uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004). Dentre as atribuições dos ACS, duas podem ser consideradas as principais: “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1998).

¹ Atenção básica 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 (BRASIL, 2006b).

Os ACS são pessoas que convivem com a realidade e as práticas de saúde do território onde residem e trabalham, e devem ser capacitados acerca do processo saúde doença incorporando além da perspectiva biomédica outros saberes que os habilitem no processo de interação cotidiano com a família e no reconhecimento de suas necessidades, (NUNES et., al, 2002).

Cecim (2011) ao refletir sobre os desafios que o campo da saúde apresenta nesse momento, afirma que há necessidade da mudança do cuidado centrado no modelo assistencial Hegemônico que organiza as ações a partir da fragmentação do cuidado, centro em práticas médicas curativas, no uso da tecnologia de forma acrítica, para um modelo que denomina de modelo assistencial - atenção integral o qual pauta-se por uma ética cuidadora, por encontro de sujeitos. Nesse sentido, afirma Merhy (2011), há necessidade, frente ao contexto em que vivemos, de produzir novas formas de cuidados. Dentre os dispositivos que apresenta, reafirma o lugar e papel que têm os projetos terapêuticos singular que possam ser conduzidos a partir de equipes que tenham apoio para dar conta dessas demandas. O matriciamento coloca-se como tecnologia leve que contribui para a construção de lugares para encontros produtores de cuidado.

Entende-se por matriciamento, o processo onde se consegue realizar trocas de saberes entre os profissionais de serviços de saúde, como unidade de estratégia de saúde da família (UESF), para que possam criar vínculos com seus pacientes e se responsabilizando pelas suas ações, e dessa forma venham a garantir a assistência, a integralidade da atenção ao cuidado da saúde em todo o sistema. (CAMPINAS, 2004)

Pode-se dizer que o Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER) são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. O apoio matricial permite construir outras formas de trabalho em saúde por meio de projetos terapêuticos, linhas de intervenção e outras ações de suporte e complementação (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

A Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria, RS, nesses dois anos, buscou trabalhar nos moldes de interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade, propondo experimentar novas metodologias de ensino e integração com serviço que impactassem efetivamente, na reestruturação dos modelos gestão – assistência - formação. As práticas se deram na forma de

apoio matricial, entre nove profissões de diferentes áreas, deparando-se com realidade desafiadora, na qual as políticas de saúde do MS, estavam em processo de implementação.

Os profissionais residentes desse Programa, da ênfase de Saúde da Família, acompanharam a rotina e a realidade das famílias de uma ESF da Região Sanitária localizada no leste da cidade. Nessa, entre as diversas necessidades de saúde da população, identifica-se a de saúde mental. Essa demanda evidencia-se no cotidiano das atividades realizadas no interior da Unidade de ESF (UESF), também, através das ações desempenhadas junto aos ACS, especialmente, nas visitas domiciliares².

Assim, com o intuito de oferecer subsídios à Gestão Municipal na construção do processo de Apoio Matricial (em saúde mental) na Estratégia de Saúde da Família, procurou-se identificar as ações realizadas pelos ACSs frente às situações de saúde mental e apontar as suas prioridades de intervenção.

2. METODOLOGIA

Tipo de Estudo: O presente estudo advém de um projeto de pesquisa que resultou na produção de dois artigos distintos, sendo este um deles, trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso. Para Weiller (2008), o estudo de caso permite reconhecer semelhanças com realidades e cenários regionais, sem desconhecer a sua singularidade. Para Lüdke e André (1986), o estudo de caso é uma metodologia rica em dados descritivos, flexível, permitindo olhar realidades complexas contextualizando e singularizando- as.

População de estudo: fizeram parte deste estudo, a totalidade (onze) dos Agentes Comunitárias de Saúde, de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF) do município de Santa Maria, RS. Todas do sexo feminino, com experiência de trabalho junto a ESF que variou de dois meses a mais de cinco anos.

Local: UESF localizada na região leste do Município de Santa Maria, RS,

Coleta de dados: A coleta aconteceu no período de janeiro de 2011 a março de 2011. Os dados foram coletados em ambiente privativo, na própria UESF, presentes só o entrevistado e

² É oportuno mencionar-se que já existiam trabalhos focados na problemática da saúde mental na unidade, a exemplo do projeto de extensão intitulado “Saúde Mental na Atenção Básica: Cuidado a Portadores de Sofrimento Psíquico no Ambiente Domiciliar”, desenvolvido desde o ano de 2008 por acadêmicos do curso de graduação e professores de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Pontua-se que os residentes, juntamente com os acadêmicos e professores responsáveis pela realização do projeto supracitado, buscaram, a partir daí, a efetivação de um trabalho de caráter interdisciplinar com as famílias assistidas.

entrevistador, através de entrevista semi-estruturada e gravada para posterior análise. As questões que nortearam as entrevistas foram referentes ao conhecimento e às práticas desses trabalhadores sobre a Saúde Mental

Análise dos dados: a análise de conteúdo foi realizada após a transcrição integral das entrevistas. Análise de Conteúdo para Minayo. “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos”, (MINAYO,2004, p. 203), 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. Ainda para a autora as transcrições do material coletado pode dividir-se em várias etapas, sendo que deste poderão emergir temas geradores os quais podem apontar significados não manifestos inicialmente por seus interlocutores.

Questões éticas: Para assegurar e valorizar uma condução ética, este estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da USFM, RS, por meio do protocolo (ANEXO 1) 0331.0.243.000-10 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM seguindo as orientações e disposições da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 2), assinado pelas entrevistadas. A coleta de dados teve início após a aprovação do CEP-UFSM e mediante a autorização dos participantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Uma das ações básicas, inerente ao fazer das ACSs, é o Cadastramento das famílias de seu território em ficha específica (Ficha A). Os casos identificados e a medicalização utilizada são registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS). No dia a dia As ACS registram no SIA/ SUS atividades realizadas as quais mensalmente são repassadas ao responsável pelo trabalho dos ACS no território.

As informações colhidas nas VDs são registradas por algumas das ACSs em caderno por organização (iniciativa) pessoal, outras o fazem na própria Ficha do SIA/SUS, havendo relatos de não saberem se existe outra forma de registro.

O SIA/SUS foi implantado na década de noventa, para facilitar o planejamento, controle e avaliação do atendimento ambulatorial, e vem sendo melhorado para ser

efetivamente um sistema que gera informações referentes ao mesmo, e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento desses processos (BRASIL, 2010).

Dentre os instrumentos de registro utilizados pelas ACS no seu trabalho cotidiano por definição da ESF, tem-se a ficha A, onde são cadastradas as famílias que serão acompanhadas, as quais constam informações gerais da família. A Ficha B, é para registro do acompanhamento de gestantes, Ficha C, Cartão da Criança e Ficha D, registro das atividades diárias do ACS. (BRASIL, 2000).

3.1. Demanda de Saúde Mental da Criança e do Adolescente

Pelos relatos das ACS percebe-se a que existe uma grande demanda de casos de saúde mental de crianças e adolescentes nesse território, uma vez que os casos são percebidos por parte de quase todas as ACS.

As ACSs identificam a demanda de saúde mental por meio dos relatos dos pais ou relato de outros familiares, e ou, também, por reconhecimento espontâneo, ou seja, pela observação feita por elas nas visitas domiciliares e essa demanda algumas vezes vem por encaminhamento dos professores, como podemos verificar na fala a seguir:

“Tirando o relato dos pais, que acham que os filhos têm algum problema, muitas professoras encaminham crianças com hiperatividade ou algum tipo de problema na Escola que acham que tem que ser relacionado a algum problema mental”. (ACS 2)

Verificou-se que foi bastante utilizada a técnica de observação da linguagem não verbal, ou seja, pela observação de maneira de falar e comportamento, identificados durante as VDs e na comunidade. Todas as ACSs enfatizam a importância da família no cuidado em saúde mental, através dos relatos sobre a estrutura atual das famílias, sobre a composição e a dinâmica familiar, identificando a importância do comportamento materno diretamente na saúde mental das crianças e adolescentes, até para protegê-los, como se constata, na fala abaixo:

“Elas choram, choram muito. E... principalmente as mães que criam os filhos sozinhas, elas se sentem muito responsáveis pela criação deles, então aí... Às vezes essas crianças “tão” ali junto, elas não

pedem para as crianças se retirar, elas não dizem assim: Ah, meu filho, sai um pouquinho e vai brincar lá fora. (...) não deveriam estar falando essas coisas em frente às crianças porque isso aí vai... Eu acho que aquilo ali vai influenciando, sabe? E as crianças “tão” ali ouvindo. Muitos eu até eu olho, e estão chorando junto com a mãe.”
(ACS 1)

As ACSs observam que muitas mães fazem distinção entre um filho e outro e acreditam que essa forma de relacionamento possa desenvolver depressão nas crianças e adolescentes. Levantam também a questão da composição familiar diferente da convencional, como sendo um fator prejudicial. Trazem questões como violência intra-familiar, aspectos sentimentais, e conseguem perceber na forma como os adolescentes se comunicam e se relacionam com a ACSs, observam ainda, na comunidade o comportamento e companhia dos adolescentes, relatam que muitos brigam e falam palavrões em locais públicos da comunidade, relacionando também com a falta de diálogo existentes entre adolescente e os pais, verificado na fala abaixo:

“(...) como eles (adolescentes) se comportam na rua, eles gritam, eles agriem também, ai, agriem bastante, e em casa também com os pais. O pouco que eu vejo eles conversando, agente vê que em casa falta aquele dialogo entre o pai a mãe, não tem, como que eu vou te dizer... o apoio, sabe? eu nunca vi, pai sentar e conversar com os filhos. (...) Pelo menos sempre que agente vê que tem problema, abandonam os estudos e não parecem dizer o porque, se “tão” no cigarro, na droga, e os pais vão deixando, ai a gente nota ai, o abandono mesmo”. (ACS 6)

As ACSs conseguem identificar os casos pelo atraso da linguagem das crianças, dificuldade de interação social tanto das crianças como de adolescentes, dificuldade de aprendizagem formal, que seria o de estar conseguindo acompanhar os estudos de acordo com a idade, atraso do desenvolvimento os quais comparam com irmãos da criança ou outras crianças de suas áreas.

A família ainda é considerada e vista como um porto seguro para muitos, apesar de atualmente estas estarem mudando seu formato, e isso se deve às grandes transformações que vêm ocorrendo na sociedade. Pelos relatos das ACSs percebe-se que elas trazem isso bem claro, quando levantam as situações de desestrutura, falta de diálogo e famílias diferentes das convencionais, e com essas transformações as famílias estão mais vulneráveis, e muitas vezes parecem que vão deixar de existir (PETRINI, 2003).

3.2. Medicalização do Sofrimento

Há também a identificação do uso de medicação psicotrópica, percebem o aumento de sua quantidade e uso ao longo do tempo, havendo uma medicalização do sofrimento, como podemos conferir nas falas a seguir, ao serem questionadas quanto à forma de identificação:

“Crianças na maioria da minha área toma medicação, pela medicação, (identifica adoecimento) adolescentes também, pela medicação”. (ACS 5)

“(...) fim do ano agora, dezembro, quem tomava 2 passou a 4, quem tomava 1 só aumentou, não tem aquele melhorar, só tem a tendência de aumentar”. (ACS 9)

“Na Visita Domiciliar,... relatam os remédios que tomam, o quanto de ansiolíticos que “tão” tomando, ai tu já tira o que vai ser depois, as crianças pequenas também. Tem vários, vários, vários, bastante mesmo”. (ACS 9)

O que se percebe é que as crianças e adolescentes estão recebendo cada vez mais tratamentos medicamentosos, uma vez que ao procurarem a Unidade de Saúde, se deparam com uma baixa oferta de cuidado decorrente da insuficiência de profissionais habilitados para acolher essa demanda e por conseqüência reduzir o sofrimento. O cenário atual nesses espaços de produção de saúde fragilizado leva os profissionais a uma prática de renovação de receitas, reforçando uma cultura de consumo de medicalização sem critérios. Esta realidade foi também observada por Dimenstein et al, (2004), ao analisar as perspectivas de técnicos e coordenadores no Apoio Matricial em UESFs. Sabe-se que o tratamento do Transtorno de Saúde Mental (TSM) não depende de medicamentos ou não só de medicamentos. Isto reflete, segundo Campos e Gama (2008), falta de diretrizes, preparo técnico e condições adequadas

para o trabalho, e os usuários ao se depararem com todas essas condições apenas encontram uma medicalização do sofrimento. Desde 2001, o Ministério da Saúde já propunha discussões no sentido da aproximação da saúde mental e Atenção Básica, sendo que em 2003, foi prevista a capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), (BRASIL, 2003,) ao incluir as ações de saúde mental na Atenção Básica, o que evitaria este grave problema.

3.3. Vínculo entre a Família e/ou os Adolescentes e as ACSs

As entrevistadas identificam a importância do vínculo estabelecido entre elas e a família, e entre elas e os adolescentes, neste último caso, de relatos quando a sós, o que não fazem quando a mãe está presente.

“O adolescente ele é mais fechado, o adolescente não é tanto de falar, quem vai falar é avó, a mãe. Quase sempre a família que vai falar, alguns falam, salvo alguns casos que falam sim, vem falar contigo, mas quando tu chega pergunta alguma coisa. Mas, quase sempre, quando a mãe não “tá”, eu pergunto da mamãe, “não tá”, ai eles falam: “deixa eu te perguntar uma coisa tia”, mas se a mãe “tá” eles não falam.” (ACS 9).

“(...) o adolescente se tu conseguir pegar ele, conseguir fazer uma amizade com ele é muito bom, porque ai ele começa a se abrir mais contigo do que com a própria mãe. Aí tu conquista, e pode passar alguma coisa de prevenção pra própria família”. (ACS 9)

“Olha, todo o acolhimento da gente o carinho, a dedicação, que tem outras pessoas com problemas piores, que quanto mais tarde, fica pra se tratar é pior”. (ACS 11)

Identifica-se pelas manifestações acima o estabelecimento do vínculo entre a pessoa visitada (usuário) e a entrevistada (ACS), ao perceber a necessidade de as pessoas relatarem preocupações mais íntimas e dolorosas, como anteriormente citadas que a ACS se refere à maneira de ser da mãe, pois a mãe chora, conta seus problemas mais íntimos, numa relação de confiança de um lado, e do outro a receptividade da ACS, havendo a criação de um ambiente

emocional e social favorável para o relato de sofrimento e angústia. Isto confirma o que é preconizado na política Nacional de Humanização (PNH/SUS) que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários (BRASIL, 2009). A vinculação dos usuários às equipes é uma das condições necessárias para a atenção, principalmente para as doenças crônicas, onde há a necessidade de atenção continuada. Os vínculos estabelecidos com os agentes de saúde em geral são mais fortes em relação aos demais profissionais, segundo Silva, (2008).

As ACS são as pessoas que compartilham de um mesmo contexto social e cultural e possuem o mesmo universo lingüístico que a comunidade, o que possibilita a transmissão de informações do profissional de saúde ao usuário, de forma profunda, (ANDRADE; COELHO, 1997). E se houver o vínculo entre ACS e comunidade, toda a política preconizada pela PNH/SUS, terá maiores probabilidades de vir a efetivar-se.

3.4. Possíveis Fatores Causais Para os Transtornos de Saúde Mental

As ACSs também acreditam que possíveis fatores causais como alcoolismo do pai, da mãe durante a gestação, fatores hereditários, violência, problemas econômicos (falta de oportunidades, salário insuficiente, desemprego) e uso de drogas possam acarretar transtornos de saúde mental e no atraso do desenvolvimento, como pode ser visto a seguir:

“Acho que isso já vem, como eu te disse, desde a gravidez da mãe, que é perturbada, que a mãe bebe, que o pai bate na mãe, eu acho que já vem desde aí, sabe. Faltou dinheiro, já vem aquela briga, a criança já vê tudo aquilo, sabe...também acho que já vem de lá”. (ACS 10)

*“Tem vários fatores que contribuem pra gente descobrir se um criança..., tem o hereditário e tem o do ambiente, 50% de cada lado”
. (ACS 11)*

Relatam que os casos se dão principalmente em famílias numerosas, onde falta amor e atenção dos pais, falta de apoio e diálogo entre os pais e os filhos, e o desamparo sofrido pelas crianças e adolescentes, o que elas relacionam com abandono dos estudos. Identificam a existência de negligência aos cuidados das crianças e adolescentes por parte dos familiares.

Algumas identificam os transtornos de saúde mental como problemas relacionados a questões sociais e culturais e independentes de questões sócio-econômicas. Como podemos verificar nas falas abaixo:

“(...) tanto o rico como o pobre pode ter os mesmos problemas, independente de ser rico ou pobre. Claro que o pobre sofre mais porque tem menos condições de bancar o alto custo, agora o rico é muito mais capitalista (...) só que pobre tem mais dificuldades, não, que não tenha tantos problemas pro rico. (...) é meio conflitante assim, mas as doenças são as mesmas, os fatores de risco são os mesmos e os mesmos caminhos são ligados a elas.” (ACS 7).

“Não consigo, não consigo mais fazer isso ai, eu fazia antes, conseguia fazer um parâmetro, na área que eu faço voluntariado, (...) na área humilde tem tal coisa, que na minha área é uma classe A, eu achava, que o humilde tinha mais problema porque não tinha dinheiro, e o que tinha eu achava que tava ok, não! Tudo igual, não tem parâmetro, eu tenho bipolar lá na (...), eu tenho bipolar lá na (...), Entende, não tenho para dizer que o poder sócio econômico seja né, que tenha doença ou que tenha problema mental, é geral.” (ACS 9).

É significativo nas falas das ACSs o papel que desempenham as questões sócio-econômicas nos TSM. Para Campos e Gama (2008), este adoecimento está diretamente relacionado a má distribuição de renda, aumentam as problemáticas nas periferias o que aliadas à incapacidade de o Estado garantir os direitos básicos de cidadania à população, leva ao crescimento da não qualificação social do indivíduo, ao adoecimento dessas pessoas, desestabilizando muitas vezes toda uma família, chegando às crianças e aos adolescentes desse núcleo familiar. Já Massuda (2008) relaciona as transformações sociais que têm ocorrido mais recentemente na humanidade, como responsáveis por novas subjetividades e, como consequência, novas formas de as pessoas verem e viverem a vida, levando a demandas diferenciadas em saúde bem como novos comportamentos em relação aos processos de saúde e doença, pois;

“... os fenômenos sociais como desemprego estrutural, precárias condições das habitações nos grandes conglomerados urbanos, mudanças nos padrões de sexualidade, re-organização da estrutura familiar, novos papéis assumidos pelas mulheres na sociedade, entre tantos outros eventos que fazem parte do mundo contemporâneo, relacionam-se de maneira complexa com a re-emergência de epidemias como a dengue, o

aumento de doenças crônico-degenerativas, de problemas de saúde mental, do alcoolismo e drogadição, assim como do isolamento social na velhice, das seqüelas de acidentes de trânsito, violência e uso de armas de fogo, etc. “ (MASSUDA, 2008, pg – 170)

As ACSs levantam como outra questão importante que é o fato de os adolescentes repetirem a situação problemática de seus pais. Isto é realmente significativo, uma vez que cada pessoa carrega uma bagagem, plasmada pela cultura e experiência de vida (FALKE; WAGNER, 2005).

“A situação familiar já vem de geração... não é uma coisa que a fulana casou agora e daí ela resolveu viver uma vida diferente. Não, isso já vem passando de pai pra filho, então já vem com essa desestrutura”. (ACS 4)

Em geral, as pessoas tendem a reproduzir o que lhes foi passado, pois os fatos e circunstâncias vivenciadas são absorvidas, tais como os valores morais e culturais, entre outros, atravessando gerações, é a transmissão transgeracional (FALKE E WAGNER, 2005).

Piva, (2006) traz ainda que a transmissão transgeracional é justamente a probabilidade de entender cada indivíduo como preso a história de seus descendentes, mas que cada um carrega consigo a sua subjetividade, que é formada por esta transmissão, e isto permite que cada sujeito possa construir sua história, mas há também em casos extremos a transmissão que é passada de maneira que apenas é acatada, sem a pessoa elaborar, então é como se a pessoa fosse obrigada a carregar consigo, como se fosse um “destino a cumprir”, e o herdado carrega consigo um “fardo de alienação”.

3.5. Crianças e Adolescentes em Situação de Negligência/ Violência/Risco

Na pesquisa foi possível identificar, a partir das experiências vivenciadas pelas entrevistadas que o tema da violência e negligência tem sido uma constante no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, afirma Beserra et al.(2002) que a negligência contra criança refere a comportamentos que podem ocorrer em relação às necessidades de saúde, de educação, higiene, supervisão (criança deixada sozinha) e física (alimentação insuficiente e roupa inadequada). Por outro lado, segundo a Organização Mundial de Saúde, “a violência vem se

afirmando como um dos mais graves problemas sociais de saúde pública em todo o mundo” (BRASIL,2008). Como veremos nas falas a seguir:

“a violência, a bebida, por exemplo, assim, essas mães que fazem uso de drogas, ou então a promiscuidade sexual também, têm meninas que a gente sabe que a mãe foi pro carnaval e deixou a criança sozinha, essas crianças tão sujeitas à violência por parte de outras pessoas também”. (ACS 11)

“... ela tava com um menor (criança) morando na casa, grávida e o cara era maior (companheiro), e viciado no crack e ele dava crack pra guria grávida, guria de 14 anos e ela já tinha tido um filho desse cara que eu não sei se o conselho tutelar tirou.” (ACS 4)

Na adolescência, período de grandes transformações biológicas, cognitivas e comportamentais, o indivíduo torna-se mais vulnerável às condições sociais nas quais está inserido (LOSACCO, 2008).

“... tu sabe quem é drogado, tu sabe quem não é drogado, tu sabe que tem pais que espancam os filhos, tu sabe que aquela mãe rejeita aquele filho”. (ACS 4)

Minayo (1990) afirma que contrariamente ao que é escrito, a violência deve ser estudada de forma independente e regionalizada, pois embora possam ter similaridades, cada grupo está exposto a uma realidade diferente, esta cria situações que irão influenciar de forma diversa durante a formação dos membros dessa sociedade, considerando que a degradação do grau de escolaridade, cultura e valores locais refletem de forma direta o aumento da violência.

As ACSs, ao relacionarem os possíveis fatores causais e ao identificarem crianças e adolescentes em situação de risco/ negligência, inferiram que os transtornos da saúde mental estavam relacionados com os mesmos, demonstrando grande sensibilidade e envolvimento com a proposta da ESF o que fortalece a equipe a qual pertencem, o que vem ao encontro das políticas públicas (BRASIL, 2006c).

3.6. Encaminhamento / Acompanhamento

Boa parte das ACS relata que busca trazer os casos para a enfermeira responsável, o que mostra estarem de acordo com as ações preconizadas para os ACS, que é de encaminhamento das pessoas de risco de desenvolvimento de doenças para a Unidade de Saúde (BRASIL, 2000). Fazem, também, o relato para as residentes do PRMISPS, o que mostra o interesse em trabalhar junto com a equipe, evidenciando a necessidade de acompanhamento dos casos pela UESF. A manifestação abaixo revela que o sentimento produzido na ACS quando a demanda do usuário identificada é acolhida pelo serviço.

“Tu imagina a situação...aí eu vim, conversei com a minha enfermeira contei o caso pra ela, que prontamente marcou uma consulta....aí eu cheguei e fui falar com ela... Uma menina que nunca foi no médico, que não sabe nem se proteger.” (ACS 4)

No estudo foi possível identificar situações em que os ACSs realizam encaminhamentos diretamente aos residentes do PRMISP que atuam no matriciamento³ e para psicólogos do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Algumas relatam que os serviços da rede acolhem a demanda, outras agendam a consulta na Unidade, para serem referenciadas por esta, para que a pessoa não corra o risco de chegar ao serviço e não ser acolhida. Identificam a atenção prestada aos usuários, de modo geral, como inadequada, relatando que isso envolve desde os profissionais da Unidade até o modo de fazer gestão do Município.

Esses fatos remetem a importância da Estratégia de Saúde da Família, cujo é objetivo e a busca da transformação do modelo tradicional de atenção à Saúde, pela valorização do trabalho multidisciplinar, integrando as ações no território, “fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e população, o trabalho de prevenção de doenças e promoção da Saúde”. (CAMPOS; GAMA, 2008, pg 212)

Por outro lado, o conceito de Equipe de Referência (ER) se fundamenta no vínculo entre profissionais e usuários que, gradativamente, estimula a responsabilização pela (produção da saúde) aquisição e manutenção de saúde, cada pessoa passa a ter um nome e

³ O apoio matricial da RMISPS é constituída por, Assistente Social, Dentista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional,

uma história, cresce o comprometimento da equipe, tornando as respostas dos profissionais mais identificadas com a pessoa em particular(FIGUEIREDO, FURLAN, 2008).

Foi possível verificar que junto aos ACSs que as mesmas possuem/ identificam a necessidade do trabalho em saúde a partir de uma de rede intersetorial como escolas, centro de referência especializado de assistência social (CREAS), cursos profissionalizantes, e relatam já terem solicitado auxílio da rede nas demandas de saúde mental, e uma refere o neurologista como parte da rede.

A partir de 1994, o Ministério da Saúde (MS) inicia um movimento visando à mudança do modelo assistencial vigente no país (biomédico, hospitalocêntrico, assistencialista), pelo fortalecimento da Atenção Básica, diminuição da necessidade de atendimento secundário e terciário, tendo como principal estratégia a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (VIANA, DAL POZ, 2005).

Algumas ACSs demonstram reconhecimento e propriedade ao falar dos direitos do usuário e das políticas de Saúde mental e realizam críticas relacionadas às dificuldades de garantia desses direitos. Relatam que deveriam “abrir a mente das pessoas” sobre a atual concepção de saúde mental (SM) preconizada pelo SUS, para que o paciente possa perceber possibilidades de melhora e buscar cuidado e tratamento.

Boa parte acredita que a desinformação da equipe e dos ACS constitui obstáculo para a realização do trabalho em Saúde Mental. Reconhecem a necessidade de apoio matricial a equipe de referência, com o objetivo de capacitação, apoio e suporte para a equipe.

3.7. Prioridades de intervenção: O Apoio Matricial como Potencialidade

Entendendo o matriciamento como o processo pelo qual se consegue realizar trocas de saberes entre os profissionais dos serviços de saúde (ER) e profissionais de áreas não comuns a estratégia de saúde da família; e o apoio matricial (AM), constitui-se em arranjos organizacionais que visam ampliar as possibilidades de integrar os elementos da clínica aos demais determinantes do processo saúde doença. O AM foi referido pelos ACS como sendo uma possibilidade de qualificação da sua intervenção, ou seja, a partir das necessidades que são percebidas no trabalho, no seu dia a dia que interferem diretamente na sua ação.

Mais da metade das ACS refere à necessidade de ter um espaço onde elas possam discutir os casos, junto com a equipe, e também que possam ter momentos de trocas entre elas

e cuidados com a sua saúde. Um espaço mais humanizado para o trabalhador, pois de acordo com elas já se encontram em uma fase de adoecimento no trabalho. E esperam que essa pesquisa possa contribuir para o serviço delas. A Cartilha do Programa Nacional de Humanização (BRASIL, 2006d) dá ênfase à necessidade do tratamento ao espaço físico como um espaço social, em que os profissionais interagem de forma acolhedora, resolutiva e humanizada (ambiência). Sugerem também uma sala especializada para acolhimento, e condução de casos na unidade, em momento individual e coletivo (para dar conta da demanda) e colocam como sendo importante que houvessem profissionais especializados na unidade.

“Acho que até assim: saúde mental a gente tinha que cuidar até da nossa (risos) aiii...acho que todos nós de vez em quando teria que cuidar da nossa saúde mental”. (ACS 5)

“... Tem horas assim que eu entro em crise e que eu choro,(...) e acabo eu entrando em depressão, ficando triste, EU ficando doente por causa disso, né, esse assunto é muito polêmico principalmente pra gente que é agente de saúde(...), e isso acaba afetando a minha vida, e 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 (...). (ACS 4)

Essas falas trazidas pelas ACS mostram o quanto seu trabalho, que é no mesmo local onde residem, pode ser adoecedor e o quanto pode interferir em sua saúde, se não tiverem um espaço de trocas e de cuidados. Martins e Albuquerque (2007) ao se referirem ao trabalho do profissional de saúde apontam a necessidade de os mesmos serem percebidos em sua individualidade, com valores, crenças, cultura, auto-estima, desejos, emoções e sentimentos semelhantes aos usuários de seus serviços.

Com relação a saúde mental as ACSs referem necessidade de capacitações, com trabalhos didáticos e informativos, a respeito das doenças e medicamentos utilizados na saúde mental, o que as instrumentalizaria no exercício de suas atividades cotidianas. Percebe-se a preocupação que existe em trabalhar com a demanda de saúde mental, e de não haver conhecimento suficiente para tal. Estes achados coincidem com os encontrados por Dimenstein et al, (2009), ao avaliarem as perspectivas dos técnicos de saúde de UESF em

relação ao apoio matricial. Por outro lado, necessidade de capacitação dos ACS é referida por outros autores (ANDRADE, COELHO, 1997; NUNES et al., 2002).

Pode-se observar também que as ACS referem sofrimento psíquico e em seguida referem a necessidade de capacitação, refletindo o que Campos e Gama sintetizam a seguir:

“A falta de capacitação de algumas categorias profissionais para lidar com os problemas de saúde mental vai produzir grande sofrimento psíquico e 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”. (CAMPOS E GAMA, 2008).

As ACSs sugerem a criação, pela ER e de A M, de grupos de prevenção de doenças e promoção da saúde, direcionados a crianças e adolescentes. Sugerem também que hajam grupos voltados para os familiares dessas crianças e adolescentes e também atividades para a comunidade, para ser trabalhada a saúde de um modo ampliado. Estas proposições coincidem com as orientações e funções previstas ou sugeridas no Manual Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (2000) que, entre outras, são *orientar a promoção e a proteção da saúde e mobilizar a comunidade para conquistas de ambientes e condições favoráveis da saúde*. Sugerem, ainda, que deveria haver maior responsabilização da equipe pelos casos de saúde mental, sentem a falta de realização de escutas e visitas domiciliares a esses casos, e com isso também percebem a necessidade do acompanhamento e controle do tratamento. Sugerem também uma sala especializada para acolhimento, e condução de casos na unidade, em momento individual e coletivo (para dar conta da demanda) e colocam como sendo importante que houvessem profissionais especializados na unidade.

A pesquisa revela a preocupação que as entrevistadas tem que o cuidado e o cuidar da saúde da família deva ser sob uma perspectiva de integralidade, revelando que a família tem papel determinante no cuidado, sendo essa o foco das intervenções e que deveria haver um programa de valorização familiar.

As ACS sugerem como importante para melhor organização de seu trabalho e dos demais integrantes da equipe, que houvesse uma maneira de registrar os casos de saúde mental, sugerem que haja um questionário onde pudessem levantar os casos e se ter uma visão

global da problemática, formulário que conste o histórico, desde a gestação, registro como há para hipertensos e diabéticos. Sugerem também que os registros da medicalização sejam usados para as discussões em equipes, especialmente para a definição dos projetos terapêuticos singulares.

Afirmam ainda a importância de que houvesse Centro de apoio psicossocial (CAPS) no território da unidade, para que os pacientes não precisassem deslocar até outro bairro, e com isso manteria a continuidade do tratamento. Apenas uma ACS a qual tem pouco meses de experiência no território refere a necessidade de mais clínicas ou hospital que “desse conta desses casos no município”.

No mesmo sentido, Ballarin e Carvalho (2007), afirmam que ao deslocar a assistência ao doente mental do hospital psiquiátrico para a comunidade, deve produzir modificações significativas, no modo de cuidar dos usuários do serviço, na vida dos trabalhadores de saúde mental, familiares, gestores e, especialmente, no conjunto da sociedade, uma vez que essas mudanças nos convocam a refletir sobre a possibilidade da abertura de imenso campo de articulações entre os diferentes sujeitos (atores) que estabelecem relações nesse campo. Corroboram nesse sentido as reflexões de Righi (2011), ao manifestar-se que a atenção básica é convocada a ser o espaço de construção de vínculos uma vez que não se pode atribuir exclusivamente a essa o único ponto de contato com a rede. E para autora, o desafio que está colocado no campo das práticas de saúde é o de sairmos dos nossos núcleos profissionais e ofertarmos para o campo da saúde novas formas de produzir cuidados, redes de serviços.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Por ocasião desta pesquisa foi possível identificar que os ACS entrevistados realizam ações que ultrapassam o que lhes é solicitado, uma vez que, além de atuarem junto às demandas de saúde do seu território, apontam também a importância do vínculo usuário-ACS, têm visão crítica e ampliada do processo saúde-doença em saúde mental, visão de Rede, conseguindo relacionar as necessidades dos usuários à falta de atendimento, falta de profissionais, e verem que essas questões não são apenas de nível municipal, mas que já vêm da gestão do nível federal, e refletem sobre a necessidade de uma vontade política para a efetivação das ações em saúde mental.

Os resultados apontam para a necessidade da implantação do Matriciamento e Apoio Matricial, pois as ACSs tornam evidente esta lacuna, ao falarem da necessidade de capacitação, de discussões de casos em equipe com profissionais capacitados, o que possibilitaria a construção dos projetos terapêuticos singulares.

Os conhecimentos adquiridos, através das entrevistas com os ACSs, convergem para alguns pontos importantes, tais como necessidade de os gestores terem bem claro o papel do ACS, cujas funções devem estar definidas, dando-lhes o suporte necessário, com a equipe da ESF estruturada e efetiva, para que não haja o sofrimento do ACS e conseqüente repercussão em sua própria saúde. Possibilitou a visibilidade de seu importante papel, como elo entre o usuário e a ESF - profissional emergente, com missão dupla: o cuidado com a população de maneira individualizada na família, e como “óculo” à distância do Sistema, ao observar e detectar “in loco”, as necessidades e fatores condicionantes da saúde, em tempo real, o que agiliza a tomada de decisões para o êxito das ações de saúde, atendendo assim, ao pressuposto da descentralização da saúde, reforçando o verdadeiro papel da Estratégia de Saúde da Família.

Finalizando, as autoras acreditam que este estudo poderá oferecer subsídios à gestão municipal na construção do processo de Matriciamento e Apoio matricial neste Município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, V. A.; COELHO, M. A. S. M. **O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde.** Rev. Bras. Cancerol., Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 57-63, 1997.

BALLARIN, MLG; Carvalho, FB. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: Aspectos históricos, perspectivas e experiências in Cavalcante, A; Galvão, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & prática**, Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 2007.

BESERRA, M.A. Corrêa, MSM e Guimarães, K.N. Negligência contra criança: um olhar do profissional de saúde in Silva, L.M.P (Org.) **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**, Recife: EDUPE, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

_____. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 27 abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica – **O Vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica.** Circular Conjunta nº 01, 03 de 13/11/2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0915_M.pdf>. Acesso em: 5 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**, Brasília, DF. 2006b. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2011.

_____.Ministério da saúde. Secretária executiva. Departamento de apoio a descentralização. Coordenação - geral de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e da gestão**. Brasília, 2006c. 76 pag. Vol 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____.Ministério da Saúde.**Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2008.

_____.Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Série B. textos básicos de saúde. Brasília, 2009.

_____.Ministério da saúde. Secretária de atenção a saúde. Manual Técnico Operacional- SIA SUS- Sistema de informação ambulatorial. Brasília, 2010.Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf, na data de 18de maio de 2011.

CAMPINAS. **Texto base para discussão do matriciamento**. Secretária de saúde. NAAS- câmara técnica de especialidades, 2004.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de janeiro, v.23, n.2, 2007.

CAMPOS, R, O; GAMA, C. **Saúde Mental na Atenção Básica**. In: Campos; Guerrero. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo, SP: Hucitec, 2008.

CECCIM, R.B. Conferência. O cuidado na Atenção Básica à Saúde e os Desafios da Resolutividades. VII Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS, Maio de 2011.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DIMENSTEIN, M e CARVALHO, L.F. **O Modelo de atenção à Saúde e o uso de ansiolítico entre mulheres**. Estudos de Psicologia, **9 (1), 121-129. 2004**, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>> na data de: 16 de maio de 2011.

DIMENSTEIN, M; SEVERO, A.K; BRITO, M; PIMENTA, A.L;MEDEIROS, V; BEZERRA, E. **O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009 **63**, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>>, na data de: 16 de maio de 2011.

FALKE, D; WAGNER, A. A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In: Wagner, A (coord.). Como se perpetua a Família?: a transmissão dos modelos familiares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

FIGUEIREDO, M.D; FURLAN, P.G. **O subjetivo e o sócio cultural na co-produção de saúde e autonomia.** In: Campos; Guerrero. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo, SP: Hucitec, 2008.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2004000100036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de maio de 2011.

LOSACCO, S. **O jovem e o Contexto familiar** in Acosta, A.R. Vitale, M.A.F. (org). **Família: Redes, Laços e políticas públicas.** 4ª Ed.. São Paulo, Ed. Cortez: Instituto de estudos especiais- PUC/SP,2008

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

MASSUDA, A. **Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde.** In: Campos; Guerrero. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo, SP: Hucitec, 2008

MARTINS, J, J; ALBUQUERQUE, G.L. **A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde.** Ciência Cuidado e Saúde 2007 Jul/Set;6(3):351-356. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4068/2725>, na data de: 20 de maio de 2011.

MEHRY . E **Conferência: Educação Permanente em Saúde e as Responsabilidades Profissionais no SUS.** VII Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS, Maio de 2011

MINAYO, M.C.S. **A violência e a adolescência enquanto processo social.** Cad. Saúde Pública vol.6 no.3. Rio de Janeiro, Set. 1990. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1990000300005&script=sci_arttext> , na data de 26 de maio de 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

NUNES, M. O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** Cad. Saúde Pública, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de maio de 2011.

PETRINI, J, C. **Pós- modernidade e família: um itinerário de compreensão**. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

PIVA, A (colab). **Transmissão transgeracional e a clinica vincular**. São Paulo, SP: Casa do psicólogo, 2006.

RIGHI, L.B. Conferência. **O cuidado na Atenção Básica à Saúde e os Desafios da Resolutividades**. VII Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS, Maio de 2011.

SILVA, S.F (ORG). **Redes de atenção à saúde no SUS- O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

VIANA, A,L,A; DAL POZ, M,R **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>.> na data de: 12 de maio de 2011.

WEILLER, T.H. **O acesso a rede pública de saúde no municio de Ijuí/ RS: um cenário de controvérsias**: Ribeirão Preto, 2008, Tese.Escola de enfermagem de Ribeirão preto da universidade de São Paulo.

Anexo I

 <p style="text-align: center;">MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p style="text-align: center;">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.

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 França, Caroline Soriano Baisch, Clara Leonida Marques Colomé, Eliane Caldas da Silva, Liara Saldanha Brites, Marlene Gomes Terra, 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.

4. 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.

5. A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos.

6. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento. Pode-se deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

7. 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.

8. 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 neste 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/UFSM. 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