

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA CLARA DANTAS DE SOUZA

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB
A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CUITÉ- PB**

CUITÉ/PB
2013

Ana Clara Dantas de Souza

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB
A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CUITÉ- PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do diploma de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – Cuité.

Orientador (a): Prof^ª Msc. Alynne Mendonça Saraiva

CUITÉ – PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S729c Souza, Ana Clara Dantas de.

O cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: sob a ótica dos agentes comunitários de saúde do município de Cuité - PB. / Ana Clara Dantas Souza. – Cuité: CES, 2013.

77 fl.

Monografia (Curso de Graduação de Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Alynne Mendonça Saraiva.

1. Saúde mental. 2. Sofrimento mental. 3. Saúde mental - saúde da família. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.86

Ana Clara Dantas de Souza

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB
A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CUITÉ- PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela discente **Ana Clara Dantas de Souza**, do
Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme
apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Defendida e Aprovada em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

NOTA: _____

Prof. Ms. Alynne Mendonça Saraiva

Orientadora – UFCG

NOTA: _____

Prof. Ms. Elisângela Braga de Azevedo

Examinador (a) – FACISA

NOTA: _____

Prof. Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

Examinador (a) – UFCG

Cuité, abril de 2013

DEDICATÓRIA

À **Edilma Maria Dantas de Souza**. Este momento foi possível porque um dia quando ninguém acreditou a senhora apostou todas as suas fichas em mim. E hoje, estou aqui. E amanhã? Tenho certeza que mais alto. Te amo incondicionalmente minha mãe.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por me amparar e sustentar nos momentos mais difíceis; me dando forças interior para superar todas as dificuldades; por guiar meus passos; e por me suprir em todas as minhas necessidades.

À **minha família**: pais, tios (as), irmã, primos-irmãos, avó, por todo incentivo, apoio, confiança, amparo, força e por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos da minha vida: desde sorriso mais largo ao sentimento mais doloroso. Um obrigado é uma palavra curta e simples, mas que expressa um indescritível sentimento de gratidão. Os amo incondicionalmente.

À minha orientadora e amiga professora **Alyne Mendonça Saraiva**, por acreditar em mim, por toda ajuda, paciência, compreensão e todo apoio, desde a produção desta pesquisa ao momento mais difícil da minha vida pessoal. É inexprimível e indescritível o imenso sentimento de gratidão que guardo por a senhora. A admiro muito por ser exemplo de profissional e de mulher.

À minha eterna família **Enfermagem 2008.1**: Ana Ester, Ângela, Anderson, Aureliano, Bruna Lira, Bruno, Camila, Clécio, Danielly, Débora, Flávia, Jan, Jefferson, Joeudes, Larissa Moura, Leila, Madja, Márcia, Maria Dayana, Matheus, Nayara, Patrícia, Pedro, Priscyla e Rafaela, que me aturaram; proporcionaram os melhores sorrisos; os mais confortáveis ombros e os melhores momentos enquanto universitária. Admiro cada um de vocês, por toda autenticidade, companheirismo, fraternidade, cumplicidade, enfim, louvo a Deus pela vida de cada um, pois tenho certeza que são anjos que o pai me envio de presente. Nutro por cada um o mais verdadeiro sentimento.

A **Secretária de Saúde** do município de Cuité, que abriu as portas dos serviços de saúde para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

Às **Unidades Básicas de Saúde da Família** da zona urbana, as quais me acolheram e colaboraram para que esta pesquisa acontecesse.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde**, os quais foram essenciais para que esta pesquisa pudesse acontecer. Obrigada por toda paciência ao responderem os questionamentos e por terem consentido a participação nesta.

Aos **professores** que a mim repassaram seus conhecimentos, ajudando-me a ter o melhor desenvolvimento possível.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram ou torceram pela concretização desta pesquisa.

“A priori, quando comecei a me aprofundar sobre o mundo da loucura acreditava tratar-se de uma ilha perdida no oceano da razão, agora percebo que é um continente.”

(O Alienista, Machado de Assis)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização do problema e justificativa.....	11
2.OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivo específico.....	15
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	16
3.1 O cuidado em saúde mental: Um pouco da história.....	17
3.2 A saúde mental na Estratégia Saúde da Família.....	24
4. METODOLOGIA.....	30
4.1 Caracterização do Estudo.....	31
4.2 Local do Estudo.....	31
4.3 Participantes do Estudo.....	31
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
4.4 Coleta e Análise de material empírico.....	32
4.5 Aspectos Éticos do Estudo.....	33
5.ANÁLISE E DISCURSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	34
5.1 Perfil dos participantes.....	35
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	64
ANEXO.....	71

RESUMO

Objetivou-se verificar as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família no município de Cuité-PB. Especificamente, buscou-se conhecer as ações realizadas pelos ACS no cuidado a pessoa portadora de transtorno mental e com sua família; Descobrir se ocorreram mudanças no trabalho do agente comunitário de saúde após a implantação do Centro de Atenção Psicossocial no município; Identificar as dificuldades encontradas no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com a família e a pessoa com sofrimento mental. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de tipologia descritiva, realizado no período de março a abril de 2013 em cinco Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Cuité-PB. A amostra constituiu-se de dez ACS, sendo dois de cada UBSF. A coleta do material foi realizada através de entrevista semiestruturada. Visando identificar as mesmas, foram usados pseudônimos de nomes de pedras preciosas. Para análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo tipo categorial temática de Bardin. Constatou-se um quadro deficiente com barreiras em relação ao conhecimento e instrução sobre saúde mental existente nas UBSF, em especial os ACS, os quais demonstraram carecer de uma capacitação nesta área, considerando que os mesmos estão diretamente em contato com os portadores de sofrimento mental e sua família, uma vez que, eles são a ponte entre os serviços de saúde, os usuários e a família. Portanto, é atribuição dos ACS o encaminhamento dos usuários aos serviços como as UBSF, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros, para um atendimento integral. Considerando que os ACS relataram dificuldades, como: a resistência das famílias frente ao acolhimento, o despreparo e a carência de conhecimento científico acerca do problema mental do sujeito, o desconhecimento sobre a posologia das medicações psicotrópicas, bem como explicar e convencer as famílias que o usuário em sofrimento mental, quando ainda não diagnosticado, carece de um atendimento especializado. Ainda existindo poucas instruções e condições para fornecer um maior preparo dos ACS para o cuidado ao portador de sofrimento mental detectou-se a extrema necessidade de explorar esse *campus* para identificar e confirmar com os próprios ACS a urgência de uma capacitação em saúde mental, com isto estimulando para um melhor acompanhamento dos usuários, uma vez que, permitirá uma comunicação mais equânime entre os profissionais das UBSF e o CAPS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Sofrimento Mental; Acompanhamento; Usuário.

ABSTRACT

This study aimed to verify the concepts of Community Health Agents (CHA) on mental health care in the Family Health Strategy in the municipality of Cuité-PB. Specifically, we seek to know the actions taken by the ACS in the care of a person with mental illness and their families; Find out if there have been changes in the work of community health agent after the implementation of Psychosocial Care Center in the city, identify the difficulties encountered the work of the Community Health Workers with family and the person with mental illness. This study is a qualitative, descriptive typology, conducted in the period March-April 2013 in five Basic Health Units Family (UBSF) in the municipality of Cuité-PB. The sample consisted of ten ACS, two in each UBSF. Material collection was conducted through semi-structured interviews. To identify them, were used pseudonyms gemstone names. For the empirical analysis, we used the technique of content analysis categorical theme Bardin. It found a box with poor barriers in relation to knowledge and education about mental health in existing UBSF, especially the ACS, which showed lack a training in this area, considering that they are directly in contact with mental patients and his family, since they are the bridge between health services, users and the family. Therefore, allocation of ACS is the referral of users to services like UBSF, the Centers for Psychosocial Care (CAPS), among others, to comprehensive care. Whereas the ACS reported difficulties such as: resistance against the host families, the unpreparedness and lack of scientific knowledge about the subject's mental problem, ignorance about the dosage of psychotropic medications, as well as explain and persuade the user families in mental distress, while still undiagnosed, lacks specialized care. Yet there are few guidelines and conditions to provide a better preparation of the ACS to care for patients with mental distress noted the dire need to explore this campus to identify and confirm with ACS own the urgency of training in mental health, with this stimulating for better monitoring of users, since, will enable a more equitable communication between professionals and UBSF CAPS.

KEYWORDS: Mental Health, Mental Suffering, Accompaniment and User.



1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e justificativa

A loucura é tudo aquilo que é entendido pela sociedade como sendo seu avesso. Essa concepção foi identificada por diversas épocas, de modo que em cada período assumia uma diversidade de definições (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Por muito tempo, existiram explicações e crenças bizarras sobre o que seria a loucura. Na Grécia Antiga, afirmavam que os “loucos” eram considerados possuidores de poderes, os quais usavam destes para agir em meio à soberania política; na Idade Média, a exclusão acontecia a todos que portavam de qualquer tipo de moléstia, como a lepra, além dos insanos ou doentes mentais (ALVES et al., 2009).

Com o passar do tempo, a definição da loucura toma outro rumo, deixando de ser considerada pertencente às forças da natureza e do divino, e assume como definição a desrazão, a qual retarda e ignora a moral racional (ALVES et al., 2002).

Todavia, foi a partir do século XX que as questões relativas à saúde mental foram ganhando uma nova face. Depois da desinstitucionalização na Itália, a qual foi à pioneira da Reforma Psiquiátrica, essa ideia tomou o mundo, chegando ao Brasil em meados da década de 1980, concomitantemente com a Reforma Sanitária (HEIDRICH, 2007).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um grande impulso para a saúde mental, pois além de influenciar na descentralização dos serviços da Atenção Primária, trouxe consigo a criação de serviços de base comunitária, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, e a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

O CAPS foi o primeiro serviço de base comunitária a funcionar no país em 1987, em São Paulo, com o intuito da substituição dos hospitais psiquiátricos. Fundado na cidade de São Paulo, iniciando as atividades em 1987. Atendendo a todos os portadores de sofrimento mental (ALVES; GULJOR, 2004).

Além do CAPS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) também tem a responsabilidade de atender as demandas de saúde mental. Criada em 1994 a ESF passou a ser a porta de entrada dos serviços de saúde. Fiel às doutrinas do SUS, esse serviço tem como meta garantir a comunidade a promoção, proteção e recuperação da saúde, como a identificar e tratar

qualquer indício patológico que tem sobre sua responsabilidade, atender demandas de áreas diversas, incluindo a saúde mental (NUNES; JUCÁ, 2007)

O trabalho voltado para a saúde mental dentro da ESF ainda é muito incipiente, pois o déficit de capacitação da equipe em relação ao sofrimento mental limita o desenvolvimento de ações mais específicas. No entanto, através do apoio do CAPS, o processo de referência e contrarreferência, possibilita o encaminhamento desse usuário para o serviço especializado. Já que usado este serviço, o usuário, nunca deixa de ser paciente da equipe de referência (DELFINI; SATO; ANTONELI et al., 2009).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, que se torna responsável por todas as famílias adscritas naquela área. Geralmente a equipe básica da ESF é composta por um profissional médico da família ou generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, devem fazer parte tanto dessas equipes quanto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Dentro da ESF, os Agentes Comunitários da Saúde (ACS), configuram-se peças fundamentais para Atenção Primária. São eles, os responsáveis por fortalecer o laço entre o ESF e os usuários (CARDOSO; REINALDO; CAMPOS, 2008).

Como afirma Carneiro (2009), os ACS se caracterizam pelo grande potencial de se configurar como importantes atores no processo de cuidado e referencia da ESF para o CAPS. Porém, acreditam que todo esse trabalho deve ter um suporte de uma equipe especializada para que integralmente e efetivamente a ação dos cuidados aconteça.

Neste caso, é de suma importância conhecer a concepção que os agentes comunitários de saúde mantêm acerca do cuidado em saúde mental e como está sendo desenvolvido esse trabalho de ligação entre a equipe de saúde da família e o CAPS, considerando que este profissional tem um papel primordial no processo de referência, como também de acompanhamento das famílias as quais estão vinculados.

Minha aproximação com a temática se deve ao fato que a saúde mental me desperta muitas curiosidades. Através da oportunidade de estágio extracurricular, na minha cidade de naturalidade, pude acompanhar um pouco o dia-dia dos profissionais da unidade básica e

alguns dos usuários portadores de sofrimento mental, e percebi que há muita resistência e limitações por parte da equipe, em especial, os ACS em atender esses usuários, seja na unidade ou a domicílio.

A partir daí, observei o quão essa problemática poderia se transformar em uma temática interessante para pesquisa, através da descoberta de dificuldades encontradas pelos ACS com a família e a pessoa em sofrimento mental. Dessa forma, me instiguei a pesquisar se essa realidade também é vivenciada no município de Cuité.

Ante o exposto, o presente estudo foi operacionalizado com base nas seguintes questões norteadoras: Qual a leitura que os agentes comunitários de saúde fazem acerca do cuidado em saúde mental dentro da equipe de saúde da família na qual está inserido? De que maneira a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial repercutiu no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde? Quais as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde na perspectiva do cuidado em saúde mental dentro da ESF? Sob o ponto de vista dos agentes comunitários de saúde, quais os obstáculos encontrados no lidar com os usuários em sofrimento mental e seus familiares?



2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Revelar a concepção dos agentes comunitários de saúde a respeito do cuidado em saúde mental no município de Cuité/PB, sob o enfoque da Atenção Primária.

2.2 Específicos:

- Conhecer as ações realizadas pelos ACS no cuidado a pessoa portadora de transtorno mental e com sua família
- Descobrir se ocorreram mudanças no trabalho do agente comunitário de saúde após a implantação do Centro de Atenção Psicossocial no município;
- Identificar as dificuldades encontradas no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com a família e a pessoa com sofrimento mental.



3. REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 *O cuidado em saúde mental: Um pouco da história*

A “loucura” é uma denominação que perdurou por muito tempo, e que ainda é prevalente nos dias atuais, a qual tem como definição: “a perda da consciência do próprio eu”. Devido déficit de conhecimento sobre, o que seria e como se dá seu surgimento a “loucura”, termina por gerar polêmicas e preconceitos pela sociedade. De modo que, ao longo do tempo, sempre apresentou as mais diversas faces (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A partir de um resgate histórico, voltando à Grécia Antiga, pode-se afirmar que o “louco” era considerado um ser que possuía poderes, capaz de interferir nas relações sociais como um discurso hegemônico (ALVES et al., 2009).

Em contrapartida, em meados da Idade Média, no continente europeu aconteciam os famosos encarceramentos em instituições afastadas das cidades. Nestas, eram encarcerados todos que apresentassem qualquer tipo de moléstia, principalmente a lepra que havia se tornado uma epidemia e se dissipado pela Europa; e os considerados insanos ou doentes mentais, viviam sem tratamento e acompanhamento (ALVES et al., 2009).

A loucura era considerada apenas um dentre os vícios ou fraquezas do espírito humano, digna de piedade, banhada em uma interpretação místico-religiosa, mas não vista como uma possessão ou ser diabólico, como passou a ser visto em meados do Renascimento. Os loucos, eram considerados nessa época como seres diabólicos, que precisavam ser erradicados mediante práticas inquisitoriais, sob todo o controle da Igreja, cujo período era designada de poder supremo exercia grande influencia na sociedade (PASSOS; BEATO, 2003).

No decorrer da história, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças da natureza ou do divino, assumindo o *status* de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgride ou ignora a moral racional. Neste contexto, os “desprovidos” da razão são vistos como ameaças para a sociedade. Em meados do século XVII, como o Mercantilismo, era um dominante na época, todos aqueles que não contribuíssem no processo de produção, comércio e consumo, eram condenados a ser encarcerados, sob decisão do controle social a tudo que fosse desviante (ALVES et al., 2002).

Com tudo, esses estabelecimentos comportavam todos considerados indigentes pela sociedade, excluídos por não somarem ao grupo produtivo, devido a sua incapacidade de produção, tudo isso, devido a forte influência do mercantilismo que dominava a época. A sociedade tornou-se motivada a investir no meio de produção para não serem exilados para as instituições encarceradas (PASSOS; BEATO, 2003).

Com o passar dos anos, eram criados novos tabus sobre a loucura, as mais diversas ironias e bizarras definições, por todas as culturas do mundo. O cuidado com o ser “louco” ainda continuava rústico e com eminente desprezo. O louco estava diretamente relacionado à aversão da razão. As pessoas consideravam que estes não tinham o direito de livre expressão, neste caso, também não conquistavam consecutivamente o título de cidadão (ALVES et al, 2009).

Segundo Amarante (1995), no contexto da Revolução Francesa, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, surge a possível oportunidade para alcançar a solução de igualar o gozo dos direitos de cidadania sob as condições civil e política dos alienados. Através dessa revolução, as instituições asilares se tornaram espaços da cura e da liberdade, onde eram aceitos, apenas, aqueles considerados loucos, avessos da razão, delirantes e alienados.

Em contra partida, por acolherem seres despossuidores da razão, acabavam por serem mal tratados, mal cuidados, sofrendo e convivendo no maior espaço da exclusão e principalmente mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995).

De acordo com Rosa e Labate (2003), foi no final do século XVIII que a área “alienada” começou a ser explorada, com o intuito de poder compreender o espaço obscuro aos olhos científico. Neste caso, o revolucionário médico Pinel, em Paris, através de estudos e explorações decide por determinar um tratamento pertinente aos alienados exigindo que os mesmos fossem desacorrentados.

Seguindo ainda a linha de raciocínio, do que foi citado acima, todas essas explorações desencadeiam mudanças quanto à definição da loucura, o qual deixa de ser abstrato, tornando-se reconhecido por “doença mental”, cuja é especialidade do saber médico. Devendo ser tratada, enquanto doença, medicamentosamente e separado os doentes de acordo com sua enfermidade (ROSA; LABATE, 2003).

Desde então, o ser da pessoa “louca”, para os estudiosos e cientistas da época foi deixado de lado, mais uma vez, de modo que a principal preocupação seria com o problema mental. O “louco” era controlado e privado de total liberdade, sendo obrigado a viver encarcerado como objeto de estudo. No entanto, a cada dia aumentava a demanda para esses estabelecimentos de “correção”, e não havia resolutividade. Pelo contrário, esses lugares podiam ser comparados a fábricas de “formação de loucos” (AMARANTE et al, 2011).

Em contrapartida a esse movimento institucional, que acabava por agravar o estado de saúde dos portadores de transtorno mental, aconteceu a primeira experiência de desinstitucionalização em psiquiatria, que foi na Itália, de modo que revelou uma crítica radical ao manicômio. Essa crítica acabou por inspirar o surgimento das primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Para os italianos, não bastava a troca do “local” do tratamento do portador de transtorno mental, mas transformar a maneira do cuidado e atenção para com estes. Seria como colocar a doença “de lado” e cuidar daquele ser humano (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A experiência italiana foi liderada por Franco Basaglia, que assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, o qual, segundo Heidhich (2007), os italianos, partindo da crítica do manicômio, desenvolveram outro modelo para o entendimento da loucura e propuseram outra psiquiatria. Ao demonstrarem toda a opressão e dominação causada pelo nome “doença mental” e loucura, foi construído a denominação de desinstitucionalização.

Tudo isso, torna-se mais claro com a afirmação de Basaglia (BREDOW; DRAVANZ, 2010): “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p.29).

O principal intuito dos italianos era de conceber aos doentes mentais, a condição de viver livremente, porém sob cuidados protecionais e não militar. Garantindo aos mesmos a condição de livre arbítrio, dentro de um limite padrão (HEIDHICH, 2007).

Amarante (1996), afirma que o processo italiano de desinstitucionalização, partindo das noções institucionais e do poder institucionalizante, volta-se para dois aspectos: a luta contra a institucionalização do ambiente externo- relacionando ao âmbito sociedade, na forma como esta lidava com a loucura; e a luta contra a institucionalização completa do corpo hospitalar (institucionalização da equipe multiprofissional mais o doente).

O processo de desinstitucionalização seria algo lento, porém o objetivo de transformar aquelas instituições em espaços de cura desencadeava um sentimento de obrigação pela garantia da dignidade, qualidade de vida, saúde e um fidedigno tratamento. (HEIDRICH, 2007).

Mediante todos os aspectos subjetivos que envolvem um cuidado e uma ajuda mais condensada em relação a um novo projeto de vida do indivíduo em sofrimento mental, o principal desafio é o despertar para a vida. Todavia, é a partir do processo de desinstitucionalização, o qual almeja nortear o sujeito em sofrimento mental para a sociabilidade e vitalidade, que será fornecido a este, meios que possibilitem a convivência dispersa, visto que, o mesmo, deve receber uma assistência digna e integral, o que motive e influencie para que suas potencialidades e cidadania sejam resgatadas (DUTRA; ROCHA, 2011).

A partir da impulsividade italiana pela luta antimanicomial, a ideia passou a ser dissipada pelo mundo, de modo que com toda a trajetória na Itália e em outros países, tornou-se pauta brasileira, a qual estava imersa na prática asilar e medicalização do social (ALVES, 2009).

Foi a partir da vinda da família real, em 1808, para o Brasil que iniciaram as mudanças interventivas. De acordo com Alves (2009), a família real trouxe para o Brasil um reordenamento da cidade. Onde passaram a destinar, os desempregados, mendigos, órfãos, marginais de todo o tipo e loucos, nos Hospitais Gerais da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

A vinda da família real tornou-se um marco na história da saúde mental no Brasil. Segundo Heidrich (2007), foi através do decreto 82 de 18 de Julho de 1841, que D. Pedro cria o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro. Dessa forma, iniciou-se uma luta no modelo filantrópico e não médico. A preocupação principal, não era o tratamento ou a cura, mas o afastamento daqueles “loucos” da sociedade.

Em contrapartida, a falta de preocupação médica, acaba por despertar um impacto iminente a mesma classe, o qual provoca críticas. Entre os objetivos mais óbvios que atendessem as necessidades dos “loucos” nos hospitais, seria garantir aos mesmos a condição de remoção, exclusão, abrigo, alimentação, vestimenta e tratamento, dignos para uma boa qualidade de vida. Porém, o que a realidade oferecia era algo completamente subumano e

incoerente a esse conceito. Dentre estes citados, o caráter excludente e segregador são os únicos que se mantiveram intactos (HEIDRICH, 2007).

Baseado no que foi anteriormente citado, os loucos foram segregados dos outros desviantes, sendo mantidos presos e controlados por medicações entorpecedoras. A curiosidade por descobrir a cura da loucura, pelos estudiosos, só crescia. Na tentativa de novas descobertas e muitos estudos, a ciência psiquiátrica começa a apostar na cura da doença mental ou pelo menos no controle do estado psíquico (ALVES, 2009)

Foi entre as décadas de 30 e 50, segundo Alves (2009), que houve descoberta da eletroconvulsoterapia, da lobotomia e o surgimento dos primeiros neurolépticos. Nesse período, no Brasil, as condições da saúde chegavam às possibilidades mínimas de existência, não influenciando positivamente à população.

No entanto, o movimento da Reforma Psiquiátrica aconteceu em outros países a partir da década de 60, chegando ao Brasil em meados da década de 70, mais precisamente em 1987 com o primeiro movimento pelos direitos dos pacientes com transtorno mental. De acordo com o Ministério da Saúde, estavam a frente desse movimento revolucionário da saúde mental, todos os trabalhadores desta área, com forte apoio dos sindicalistas, sanitaristas, associações de familiares e profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, (2005).

Após esse primeiro movimento, surgiram os congressos e conferências, na área da saúde mental, com a proposta de erradicar os manicômios e com o objetivo de acabar com a hegemonia dos hospitais psiquiátricos e desinstitucionalizar os doentes mentais, os reenviando para seus domicílios. A esses que, segundo Gonçalves (2001), estabeleceram-se como “diferentes” em meio à sociedade, por não seguir um padrão de vida e comportamento definido pela a mesma.

É nesse período, ainda, que acontece a 1º Conferência Nacional de Saúde Mental, lançando o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, cuja principal objetivo é a reinserção social (ALVES,2009).

Como reflexo do movimento, neste período, já em meados da década de 80, surge oficialmente em São Paulo o primeiro CAPS e também, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), esse último, com o atendimento de 24 horas, e ambos de caráter

antimanicomial. Nesse caso, o processo de desinstitucionalização e extinção dos hospitais psiquiátricos já se iniciava. Visto que, essa era uma ideia pela garantia da melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtorno mental (MADEIRA, 2009).

A probabilidade de um bom tratamento e acompanhamento destes portadores era quase inexistente, de modo que esses eram aprisionados nas instituições “capacitadas” para serem cuidados e acompanhados, sendo a cronicidade e a exclusão, situações comumente facilitadas.

Atualmente, essa assistência vai além do mundo intrínseco do doente mental, o cuidado está envolvido também nas questões extrínsecas que o rodeiam, como o social, emocional, financeiro e pessoal, cujos se relacionam diretamente com o adoecimento mental, tornando-se imprescindível a observação e avaliação do ambiente onde está inserido.

Foi a partir do Congresso Nacional em Saúde Mental, que o deputado Paulo Delgado propôs a regulamentação dos direitos e a proteção aos portadores de transtorno mental e a extinção dos manicômios. Após 12 anos, a lei de Paulo Delgado 10.216/01 entra em vigor no território nacional, a qual apoiara os serviços de atenção diária em saúde mental, firmados no Brasil na assinatura da declaração de Caracas, que propõe a organização na saúde mental nas Américas e Caribe além da ressocialização da pessoa em sofrimento mental na sociedade e na comunidade, e na II Conferência Nacional em Saúde Mental em 1992, os quais são os serviços de saúde mental que forma criados para ajudar no processo desinstitucionalização, sendo estes os CAPS, NAPS e os Hospitais-dia (BRASIL, 2004).

Como um termômetro avaliativo, foi criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria- PNASH/Psiquiatria, com a finalidade de avaliar a estrutura física, a dinâmica do funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição. Na representação de um técnico-clínico, sanitarista e um controle normativo. Esse programa foi considerado uma peça imprescindível para o SUS por induzir e efetivar o processo antimanicomial, além de garantir a melhoria na qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria (BRASIL, 2005).

Infelizmente, ainda se observa muitas limitações, que dificultam a eficiência dessa assistência extra-hospitalar. De acordo com Cardoso (2010), os maiores obstáculos enfrentados nesse meio é a escassez de recursos, a violação de direitos dos doentes, a inadequação da assistência profissional e a dificuldade de acesso a programas

profissionalizantes, os quais capacitam os profissionais para trabalharem diretamente nessa área, de saúde mental, com mais estímulo e segurança.

O sentido do processo assistencial a esses pacientes é de garantir a condição de reabilitação e interação psicossocial, uma vez que a maioria segue a tríade: poli medicamentosa, terapêutica e ocupacional de longa duração. Neste caso, é importante, que exista uma forte ligação entre os profissionais de saúde, o paciente e a família do paciente, para que uma harmonia cresça no ambiente. Quando essa família é bem assistida, pelos profissionais, as limitações que a doença mental impõe tornam-se amenas (CARDOSO; GALERA, 2010).

Segundo Lancetti (2006), os estudos avançaram na conclusão de que o local ideal para o tratamento de pessoas com sofrimento mental é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde em que essas pessoas vivem locais esses que devem compor verdadeiros aparatos socializadores e inclusivos, caminhando na perspectiva da desinstitucionalização.

Para Hirdes (2009), a desinstitucionalização vai além de limites estruturais e físicos, pois assume uma conotação muito mais abrangente que apenas transferir o foco da atenção do hospital do manicômio para a sociedade. Enquanto esse existir como realidade concreta, espera-se que as ações o perpassem e o extingam, porém apenas isso não é suficiente. Rotelli et al. (1992) entendem que é o conjunto, o todo que é necessário desmontar (desinstitucionalizar), para que haja o contato efetivo com o paciente na sua dimensão doente.

Desinstitucionalizar, portanto, transpõe os limites da desospitalização, pois incorpora em seus objetivos não apenas a construção e a implantação de serviços extra hospitalares e a extinção da estrutura manicomial, mas intenciona expandir e consolidar uma rede de serviços adaptados às distintas realidades territoriais, compostas por dispositivos inovadores de cuidado, como, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de pronto-atendimento, os serviços de residências terapêuticas (SRT), os postos de saúde, dentre outros.

Nesse contexto, para que a desinstitucionalização se dê verdadeiramente, surge um problema crucial a ser vencido: a incapacidade dos cuidadores ou familiares em receber esses doentes mentais, devendo esses serem considerados fortes parceiros da atenção básica, sendo esses que em sua maioria familiares e do gênero feminino, em que disponibilizam-se em

cuidar do portador de transtorno mental desinstitucionalizado. Todavia, esse cuidado pode ser transformado em uma sobrecarga, de estresse emocional e econômico, já que estamos diante de um ser improdutivo que encontra-se desinstitucionalizado em seu domicílio.

Conforme Waidman (2010) foi constatado que o cuidado ao portador de transtorno mental pode ser interferido pelas características culturais da família, e que esse cuidado, uma vez sendo oferecido pelo serviço de saúde, é percebido de forma positiva e negativamente pela família do usuário em sofrimento mental. Como este usuário encontra-se em seu habitat familiar, conhecer a história da família, do mesmo, é uma característica fundamental para o tipo de cuidado que deve ser oferecido ao usuário. No entanto, o profissional deve dar prioridade e mais atenção a essa questão familiar, visto que, assim o seu plano de cuidados não será comprometido.

Segundo Gonçalves e Sena (2001), é comum profissionais de saúde exigirem que a família aceite a doença sem oferecer-lhe suporte ou orientação. Dessa forma, uma sobrecarga é lançada para a família do doente mental. Não bastando, também, sua improdutividade que é refletida negativamente no contexto domiciliar, no âmbito financeiro e no seu cotidiano, afetando principalmente, na saúde física e emocional do cuidador. O doente mental está sendo devolvido à família como uma mercadoria, sem instrução, orientação e sem condições ambientais material, psicossocial e qualidade para recebê-lo.

Como conhecedor do contexto da realidade em que o paciente está inserido, a estratégia saúde da família torna-se o pilar essencial para o cuidado, de modo que facilita planejar uma assistência que o garanta dentro de um padrão de boa qualidade de vida. Devendo orientar a família, de forma que amenize a sobrecarga desencadeada pelo cuidado e garanta uma harmoniza no cuidar e no ambiente familiar (REINALDO, 2002).

O cuidado, hoje, com o portador de transtorno mental não está mais limitado apenas à terapia medicamentosa, mas ao acolhimento, às oficinas culturais, à psicoeducação familiar e o incentivo de associações de familiares e amigos do portador de transtorno mental.

3.2 A saúde mental na Estratégia Saúde da Família

O movimento da Reforma Psiquiátrica, seguida da Reforma Sanitária, evoluiu de certa forma que influenciou na descentralização da atenção à saúde. De modo que, surgiu o

interesse dos profissionais da saúde por enfrentar os problemas locais, analisando suas principais necessidades diante de todo um contexto.

Matta e Morosini (2009) afirmam que a Atenção Primária é uma estratégia de organização da atenção à saúde a qual volta-se para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada às necessidades de saúde de uma população, uma vez que, integra ações preventivas e curativas, bem como atenção a indivíduos e comunidades. A participação da saúde mental no campo da Atenção Primária é algo que não tem como deixar passar por despercebido, uma vez que esta apresenta uma grande demanda. Todavia, fazendo-se presente para todos deste campo, torna-se atribuição dos serviços de saúde a responsabilidade do acolhimento e atendimento destes usuários (AMARANTE, 2011).

Desde 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de agentes Comunitário em Saúde (PACS), foi lançado este desafio a aos profissionais da Atenção Primária. Cuidar, na saúde mental, deixa de ser unicamente da competência de um profissional especialista e passa, com a descentralização, a integrar-se à participação de cuidadores e da comunidade, segundo a doutrina organizacional do SUS, sendo resolutiva e permitindo a saúde mental uma nova face (ALVES; GULJOR, 2004).

A interação entre os serviços de saúde é justificada pela busca por atender a toda demanda de usuários portadores de sofrimento mental, acabando por ampliar o ideal da reforma psiquiátrica, além de abrir portas para novos serviços substitutivos, como as ESF e os CAPS os quais seguem os princípios básicos do SUS, em especial a integralidade da assistência, interagindo e co-responsabilizando-se entre si e pelos seus usuários (AMARANTE, 2011).

O que diferencia essas estratégias é o fato de estarem inseridas em meio ao convívio social daqueles usuários que os frequentam. Dessa forma, torna-se mais fácil reconhecer as principais necessidades daquela população. A ampliação da rede de serviços de saúde mental é possível a partir do momento em que posicionamos a Atenção Primária como porta de entrada desses usuários no sistema de atendimento em saúde mental. Tudo isso deve ser considerado como um ponto positivo nesse processo de tantas mudanças e parcerias, na saúde mental, uma vez que a reinserção social desses usuários é um objetivo pelo qual os profissionais lutam para que aconteça, a fim de acabar com todo o conceito falido criado pelas

pessoas em relação aos mesmos, que, até então, estão “chegando perto” da comunidade (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Por conseguinte, a saúde mental apresenta uma outra face que causa preocupação. Muito se fala sobre o despreparo dos profissionais ao encarar toda a demanda de portadores com sofrimento mental. Quando se observa a saúde mental no contexto da atenção básica, é percebido, a negação e a não concordância dessa interação pelos profissionais (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Segundo Nunes (2007), muitas são as razões apontadas para a não inclusão da saúde mental enquanto campo de atuação nas equipes de PSF, como o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e o déficit de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; a carência de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a deficiência no entrosamento com serviços dessa mesma área que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras.

É identificado um comprometimento na atenção e nos cuidados desses usuários portadores de sofrimento mental, devido a carência de prática-assistencial e conhecimento teórico, o que desencadeia a continuidade indevida do modelo hospitalocêntrico, o aumento da discriminação, além, dos julgamentos moralistas-repressivos (MUNARI et al., 2008).

Um ponto que deve ser questionado sobre todo o déficit de instrução é a carência na preparação do futuro profissional, nas instituições formadoras. A não capacitação desses profissionais, desde sua formação, é o motivo primordial por toda a dificuldade de lidar com o grupo que sofre com transtorno mental. Por não estarem preparados para os cuidados desses, logo surge a desestimulação e a frustração (MUNARI et al., 2008).

Como diz Nunes (2007), para atender a demanda de profissionais da atenção básica, teria que ser exigido uma atuação em duas dimensões do modelo, primeiro a dimensão técnico-assistencial e segundo a dimensão epistemológica com vias a alcançar o campo sociocultural mais vasto.

Com o intuito de dar suporte a esses profissionais da ESF, constituiu-se as equipes de apoio matricial, cuja finalidade de acordo com Toscani (2010), é garantir às equipes de

referência a capacitação técnico-pedagógico, além do atendimento individualizado com o usuário. Como acontece entre o CAPS e a ESF o apoio entre ambos, o qual favorece o sistema de referência e contrarreferência; na capacitação profissional acontece a promoção da intersetorialidade. Dessa forma, há o aumento da resolutividade na assistência.

O apoio matricial pode ser considerado como um facilitador na redução dos agravos, promovendo e intercedendo pela garantia da saúde do usuário, além de constituir um arranjo organizacional que visa conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, a exemplo, os CAPS que dão suporte e supervisionam a saúde mental na rede básica, ESF e PACS (MADEIRA, 2009; BRASIL, 2004).

Infelizmente, a demanda de profissionais especialistas ou capacitados para atender nessa área da saúde mental, ainda, é muito escassa. Muitos profissionais o portador de transtorno mental como uma ameaça. Um pensamento ultrapassado e falido, tornando mais difícil o avançar da ideia da Reforma Psiquiátrica. Porém, aos profissionais que se identificam e engatinham junto à saúde mental, recebem todo amparo da equipe de apoio matricial, desde das áreas onde houver CAPS, oficinas e outros equipamentos da saúde mental, aonde não houver serviços (BRASIL, 2011)

Contudo, podemos perceber o quão amparados, hoje, os profissionais da área da saúde mental, inseridos na atenção básica, estão principalmente levando em consideração todas as dificuldades. Como diz Gomes (2006), todo esse arranjo organizacional tem como propósito tornar horizontal as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde.

Identifica-se, nesse meio, profissionais que podem facilitar e desenvolver ações que, por mais que não atinjam o grau desejável das expectativas de produção, acabam por atrair a comunidade e particularmente cada usuário da área adscrita para perto dos profissionais, da unidade de saúde, responsáveis por garantir a qualidade da saúde.

Quando citado os profissionais facilitadores referimos aos ACS, os quais anteriormente a criação do PSF, em meados, dos anos 90, eram considerados não como uma profissão, mas como uma função, em que indivíduos se encarregavam de ações de saúde (JÚNIOR, 2009).

De acordo com Júnior (2009), a qualificação e reconhecimento desses profissionais tornou-se uma ideia, não mais tão distante para ser executada. Foi a partir da criação do PSF, em 1994, que os agentes da saúde começam a ser reconhecidos. Foi através do decreto nº 3.189/99 que os agentes passaram a ser considerados como profissionais, deixando de serem vistos, apenas, como uma função. Devendo desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e comunidade.

O ACS é um profissional fundamental para a atenção básica, principalmente quando nos referimos ao PSF, visto que, estes, estando inseridos na região circunscrita, vivenciando situações semelhantes aos usuários da comunidade, além de identificar-se com as mesmas condições de vida dos moradores, tudo isso favorece e fortalece o laço entre os ACS e os usuários e, também, com os profissionais da unidade de saúde (CARDOSO; REINALDO; CAMPOS, 2008).

Seguindo essa linha de raciocínio e fundindo esses ACS no contexto da saúde mental, de imediato consentimos que a interação com os portadores de sofrimento mental se tornará facilitada. De acordo com Júnior (2009), poderíamos aguardar três ações realizadas pelos ACS em saúde mental, como a identificação de casos novos, supervisão de casos conhecidos (uso da medicação e flutuações dos quadros) e encaminhamentos aos profissionais de nível superior da equipe daqueles não tratados ou desestabilizados.

Partindo desse princípio, não poderíamos deixar de lado um ponto fundamental para toda a construção do ambiente e do grupo, no caso dos ACS, como a valorização do profissional. Este é um motivo considerável para ser ressaltado quando nos referimos à influência na produção das atividades, principalmente quando essas são consideradas desafios, devido à carência de formação humana, baixos salários e contratos precários de trabalhos, dessa forma termina por desmotivá-los, sem esquecer que os mesmos, além de tudo isso, ainda não tem uma capacitação profissional completa. (OLIVEIRA, 2006).

A dificuldade, desses agentes, em atuar no âmbito da saúde básica, em especial na área da saúde mental é muito acentuada. O desconhecimento e o despreparo para enfrentar a doença mental, além da família do usuário em sofrimento psíquico, pode ser considerado um pilar que limita as ações desses profissionais (OLIVEIRA, 2006).

Conforme ressalta Cardoso (2008), existem estigmas e desconhecimento acerca do que é transtorno mental, formas e objetivos do tratamento. Isso ocorre não somente pela sociedade, mas também entre profissionais da saúde que desconhecem que os transtornos mentais e de comportamento são agravos que acometem grande parte da população e está relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos.

Tudo isso é preocupante, porque a cada dia aumenta a demanda de usuários portadores de transtorno mental, e a fragilidade de conhecimento sobre a temática e capacitação dos profissionais que, até então, estão inseridos no meio da comunidade, ficam com as mãos atadas no quadro de interatividade dificultando a atração e aproximação entre ambos. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O ponto mais preocupante é a pouca compreensão e entendimento dos profissionais em relação a todas essas condições de tratamento. Segundo Cardoso (2008), o ACS agenda a consulta, verifica o uso da medicação, solicita visita domiciliar do enfermeiro, realizam o acompanhamento, todavia lacuna o conhecimento pertinente às ações.

Todavia, existem outras formas de se aproximar do usuário com mais êxito, não limitando-se apenas ao ato de assistência, mas também na maneira como esse usuário será recebido e acolhido pela equipe de saúde a domicílio e na própria unidade, em que está adscrito.

O acolhimento é a ferramenta ímpar e insubstituível para atrair não só o usuário, como toda a comunidade a unidade de saúde. Uma vez que consiste em uma condição de buscar, carismaticamente, escutar os pacientes, proporcionar a resolutividade mais simples e referencia-los caso seja necessário (CARVALHO; CAMPOS, 1997).

A partir desse conceito, fundindo-o no contexto da saúde mental, deve ser entendido que, com o grupo de usuários portadores de sofrimento mental, o acolhimento não pode ser limitado apenas a uma visita domiciliar ou a uma consulta corriqueira, mas a uma escuta. Não sendo válido, também, só ouvir o usuário é necessário ir além do apenas “ouvir”, é necessário “escutar”. Escutar significa ouvir atentamente, implica prestar atenção, capturando a comunicação verbal e a não verbal. (COSTA et al., 2010)

Conforme tecido por Costa (2010), acredita-se na potencialidade do encontro-saúde mental e saúde da família, pela consonância de premissas. O trabalho é simultâneo facilita o desempenho das atividades, além de alcançar as metas almejadas.

Portanto, concordando com Costa (2010), é necessário o estreitamento dos laços entre as unidades de saúde com a comunidade, além da aproximação com outras estruturas da saúde, como os CAPS, NASF e os centros de referência para ter a garantia de uma forte cobertura na atenção para com esses. Também, facilitando a compreensão de situações adversas e imprevisíveis neste meio. Dessa forma, será facilitado cobrir e atender as necessidades de toda a comunidade, em especial aos usuários portadores de transtorno mental e a família.



4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. De acordo com Richardson (2008) a abordagem qualitativa refere-se ao estudo aprofundado dos significados e características situacionais, com propósito de revelar as convicções e condutas dos entrevistados.

Sobre as pesquisas descritivas Boaventura (2007) enfoca que são aquelas que descrevem e identificam as características de um determinado fenômeno ou população. As pesquisas descritivas intencionam descrever circunstâncias e pontos de vista obtidos a partir de entrevistas pessoais ou discussões coletivas, articulando e reforçando as questões levantadas durante a delimitação da problemática a ser estudada.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Cuité, município no Estado da Paraíba, localizado na microrregião do Curimataú. A cidade dispõe de nove Unidades Básicas de Saúde da Família, onde cinco são na zona urbana e quatro na zona rural. No entanto, para a realização desta pesquisa foram selecionadas as unidades de saúde da família da zona urbana.

Há na cidade nove unidades da Estratégia de Saúde da Família, das quais cinco são na zona urbana e quatro na zona rural. O trabalho foi realizado juntamente às equipes da zona urbana, pela facilidade de acesso.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os ACS que trabalham nas unidades de saúde da zona urbana, que se encaixavam nos critérios de inclusão. Foram entrevistados dois ACS de cada unidade de saúde da família, sendo ao todo dez ACS.

4.3.1 Critérios de Inclusão e exclusão

4.3.1.1 Critérios de Inclusão:

- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalhassem na Unidade de Saúde da Família da zona urbana;
- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que concordassem participar voluntariamente da pesquisa e assinem previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I).

- ACS que estivessem há mais de um ano trabalhando na Unidade de Saúde da Família.

4.3.2.2 Critérios de Exclusão:

- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalhassem na zona rural;
- ACS que não se incluíam nos critérios acima.

4.4 Coleta e Análise de material empírico

A coleta do material foi realizada através de entrevista semiestruturada, com roteiro de perguntas abertas relacionadas às concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (APÊNDICE II). Optou-se pela entrevista por permitir uma maior flexibilização das respostas e dessa forma melhor apropriação do fenômeno estudado.

De acordo com Richardson (2008) entrevista semiestruturada ou não estruturada, visa obter o que o entrevistado considera com maior importância em um determinado problema, utilizando de uma conversa guiada, com propósito de obter informações para uma análise qualitativa.

As entrevistas foram realizadas na UBSF, onde os ACS trabalham, porém agendadas de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), após leitura dos objetivos do estudo e garantia de anonimato, que para isso foram criados pseudônimos.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete com um gravador que permitiu a transcrição dos depoimentos na íntegra para posterior análise do material empírico, na qual foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

De acordo com Bardin (1979) a análise de conteúdo compreende técnicas usadas para análise de comunicações, através de métodos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visando obter indicadores (quantitativos ou não) que possibilitem conhecimentos referentes às condições de produção/recepção dessas mensagens. Assim Richardson (2008) afirma que análise de conteúdo é um conjunto de meios metodológicos modernos que se utilizam em discursos variados.

Bardin (1979) afirma que a análise de conteúdo se divide em: Pré-análise: é o momento em que se escolhe os documentos que serão analisados; Exploração do material: é a fase em que se toma decisões quanto ao obtido na pré-análise e transformados de forma organizada permitindo a descrição das características relacionadas ao conteúdo; A

codificação: Que compreende a escolha de unidades de registro, onde a unidade de registro é a unidade de significação a codificar podendo ser palavra, frase ou tema; Escolha de categorias: as categorias são reflexos da realidade, sendo sínteses, em determinado momento. A categorização permite reunir material e posteriormente organizá-los, e assim, as categorias serão produtivas se os resultados obtidos forem férteis em hipóteses, deduções;

O tratamento dos resultados, que ao se descobrir um tema no material coletado, é preciso comparar enunciados e ações entre si, com intuito de unificá-los através de suas semelhanças. Durante a interpretação do material, é necessário ter atenção ao referencial relacionado à investigação, pois ele dará o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo.

4.5 Aspectos Éticos do Estudo

A coleta de dados foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e só foi iniciada após autorização do mesmo, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos, sob o Número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 11507813.2.0000.5182.

O procedimento foi feito em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com cada entrevistado, em que foram repassadas as informações sobre a pesquisa como: a identificação da pesquisadora, objetivos e metodologia, e em seguida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que os mesmos atestaram a voluntariedade de participação na pesquisa, podendo se retirar, antes, durante ou depois da finalização do processo de coleta dos dados, sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

Em seguida, em segundo momento, após a aceitação de inclusão da pesquisa pelos participantes, a entrevista foi iniciada e assegurado o anonimato, quando da publicação dos resultados, bem como o sigilo de dados confidenciais como explicitado no TCLE, sendo os participantes identificados nos discursos por meio de pseudônimos, que foram nomes de pedras preciosas.

A pesquisadora responsável deste estudo assume o compromisso de se guiar através das diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (APÊNCICE III).



*5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL
EMPÍRICO*

5.1 Perfil dos participantes

Este capítulo discorre sobre o cuidado em saúde mental sob a ótica dos Agentes Comunitários de saúde (ACS). Foram entrevistados 10 ACS, no qual apenas 1 (10%) tem o curso superior incompleto, 8 (80%) tem o ensino médio, e 1 (10%) o ensino fundamental. A média de atuação na ESF é de 8 a 10 anos de trabalho.

De acordo com Barros et al. (2010), os ACS foram incorporados nos serviços, a partir do reconhecimento do Ministério da Saúde (MS) pelas ações positivas desses profissionais na Pastoral da Criança da Igreja Católica. Todavia, só em 1991 que oficialmente foi criada a atividade de ACS em um programa específico, no qual se esperava que esses profissionais atuassem como educadores permanentes, e fizessem o elo entre os serviços de saúde e a comunidade.

É importante pontuar que, para ingressar na profissão de ACS, o MS preconizou os candidatos tivessem concluído o ensino fundamental, como determina a Lei 10.507, de 10/07/2002 que regulamenta a profissão de ACS, como profissional do SUS. No período que precede a Lei, exigia-se apenas que o indivíduo soubesse ler e escrever. Todavia, vale ressaltar que o Curso Técnico para ACS está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde. (OLIVEIRA, CHAVES, *et al.*, 2010)

A partir do decreto Federal nº. 3189/99 foram fixadas as diretrizes para o exercício de atividades do ACS. Porém, ainda falta a regulamentação da formação profissional, apesar do referencial curricular para a formação do ACS que está direcionado ao treinamento de técnicos de nível médio para atuação junto às equipes multiprofissionais, desenvolvendo ações de prevenção e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e nas comunidades em geral. (BRASIL, 2011).

O módulo para a formação do ACS propõe que sejam desenvolvidas habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à atuação do ACS, tais como: ESF, territorialização e abordagem familiar entre outros. Permitindo ao trabalhador inserir-se no campo das práticas em saúde. Essa formação propicia maior conhecimento do saber biomédico, uma vez que uma das especificidades desejadas pelo MS na definição do ACS é o saber popular em saúde e conhecimento deste profissional sobre a dinâmica social da comunidade em que trabalha. (ALVES, 2009)

Nesta perspectiva, poderia acrescentar também que nesse processo de formação do trabalhador, é importante conhecer a opinião, dos mesmos, sobre o cuidado em saúde. Todavia, como este trabalho irá abordar sobre a óptica dos ACS em relação à saúde mental, essa proposta formadora pode ser considerada como um ponto de partida.

Por ser um profissional que atua sob diversas áreas, é importante que o ACS tenha conhecimentos básicos que o ajudem a exercer seu papel de cuidador dentro da equipe multiprofissional. Em se tratando de saúde mental, por ser uma área ainda estigmatizada por uma parte da população, o cuidado desenvolvido precisa ser reconstruído, se desmistificando as concepções práticas que dominavam o tratamento psiquiátrico antes da Reforma. Dessa forma, foi elaborada a categoria a seguir para conhecer qual o entendimento dos ACS sobre sofrimento mental.

1) SOFRIMENTO MENTAL: definições biológicas, definições sociais e indefinições

Quando indagados sobre qual o entendimento em relação a sofrimento mental alguns ACS tiveram como resposta:

Eh assim...um problema neurológico. [...]e geralmente vem de nascença, né? Geralmente o paciente já nasce com esse problema, não é todos os casos, mas grande parte ele já nasce com isso.(Rubi)

É uma doença que a pessoa pode nascer com ela ou ter depois de adulto(Tanzanita).

Sufrimento... doença mental é quando você tem algum distúrbio, uma doença que acarreta que você tem que tomar remédio controlado, e ficar acompanhado pelo médico(Diamante Negro)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), ainda não existe uma definição oficial de Saúde Mental. Porém, é um termo utilizado para descrever o nível da qualidade emocional ou cognitiva. Além de, estar incluído na capacidade de um indivíduo em contemplar a vida, buscando manter um equilíbrio entre as atividades e os esforços para alcançar a resiliência psicológica.

Pontuar sobre saúde mental é reconhecer que existe uma grande dimensão contextual sobre esta. Não devendo condicionar apenas a um estado de ausência de doença mental, mas ter o discernimento o quão é necessário uma comunhão de bem estar do corpo e mente (BRASIL, 2013).

Na grande maioria dos discursos, o sofrimento mental está atrelado à doença mental, configurando assim uma visão biologicista. Outros corroboram com esta ideia quando referem ser um problema neurológico e hereditário. De acordo com Barros, Chagas e Dias (2009), a definição de sofrimento mental como uma doença de cabeça é significativamente comum entre os ACS, o que mostra uma forte associação da doença mental com o corpo, em sua dimensão mais concreta. O transtorno mental neste contexto, portanto, está inserido nitidamente no campo da doença.

Nestes outros relatos, foi observado que as definições empregadas pelos ACS expressam o sofrimento mental como problema psicológico que acarreta desgaste familiar.

É um problema que os pacientes têm psicológico. Que causa transtorno tanto ao portador como a família(Rubi).

É uma complicação grande, porque prejudica a pessoa doente e ao familiar e até os vizinhos né?! É muito difícil conviver com pessoas assim [...] (Onix)

É um problema difícil, mas que é preciso ter paciência. Tem pessoas que precisam ser internadas, mas tem outras pessoas que ficam controladas só com as medicações. Mas é muito difícil, principalmente pra família (Cristal).

É possível destacar na fala destes a visão de que a doença mental está atrelada à incurabilidade e cronicidade, no qual passa a ser definido como uma característica individual do usuário em sofrimento mental, a total dependência por outrem.

Nunes e Jucá (2007) reconhecem que, apesar do sujeito estar em sofrimento, é necessário cuidar de suas necessidades, considerando a impossibilidade de autocuidado. Nesta circunstância, exige a extrema necessidade da presença de um cuidador, pessoa fundamental da família que emana segurança ao usuário, atendendo à suas necessidades desde aos

cuidados básicos a intensivos, os quais contribuem para uma melhor qualidade de vida do seu parente.

Foi observado nos relatos, a associação entre o sofrimento mental e a sobrecarga familiar. A situação constatada emana da responsabilidade do cuidador e familiares, os quais absorvem uma sobrecarga emocional e física, que na maioria das vezes causa sequelas, consequências e transtornos que angustia os interessados, contrariando, muitas vezes, o quadro do usuário que necessita de compreensão da sua psicopatologia. Uma vez que, mediante essa responsabilidade, a família pode vir a sofrer e adoecer junto ao usuário em sofrimento mental. Assim, a ignorância sobre o funcionamento do tratamento e do quadro psicopatológico do usuário pode tornar o cuidador muitas vezes impaciente ou agressivo com o familiar em sofrimento mental (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Apesar de toda a sobrecarga das famílias, os entrevistados ressaltaram que estas se preocupam em dar continuidade aos cuidados dos usuários em sofrimento mental, uma vez que temem que estes sejam internados, e venham sofrer constrangimentos. Todavia, na maioria das vezes, as famílias procuram os serviços de saúde como uma forma de superação curativa apenas na prescrição médica e controlada, como uma devaneia solução, desconsiderando as instruções e orientações da equipe de saúde sobre os cuidados necessários para com o usuário em sofrimento mental.

Luzio e L'Abbate (2009) afirmam que comumente a prática de tratamento medicalizante, virou rotina nos serviços de saúde. Esta situação vivenciada nos serviços tem sido uma prática comum e levada a naturalidade, como uma forma única de tratamento para o sofrimento mental. Uma vez que, as famílias não são preparadas, nem cuidadas para saber lidar com um familiar portador de transtorno mental, o que pode vir a comprometer o cuidado integral desse indivíduo.

Mediante a fala dos entrevistados, percebemos que ainda há a necessidade do surgimento de estratégias ou iniciativas que busquem inovar o cuidado prático e promoção da saúde mental, de modo a evitar as internações psiquiátricas e o uso demasiado e indiscriminado de medicações dos portadores de sofrimento psíquico. Todavia, instruir as famílias especificamente sobre o cuidado com os familiares em sofrimento mental, pode vir auxiliar no desafio de superar uma cultura de medicalização e hospitalização (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Nessa perspectiva, portanto, se constatou a partir de outras pesquisas que os ACS, reconheceram novas possibilidades que podem superar as práticas medicalizantes. Sendo estas, pontuadas: a aproximação com a família do usuário, a visibilidade da singularidade do processo saúde doença do portador de transtorno mental, a disponibilidade de ajudar a partir de uma educação permanente, além de usar o diálogo como um recurso terapêutico entre os profissionais dos serviços de saúde, os usuários em sofrimento mental e suas famílias (LUCCHESI, et al., 2009).

No entanto, através dos discursos relatados ainda é possível observar que a prática de saúde voltada para a medicalização continua enraizada fortemente no cenário das orientações realizadas pelos ACS. Por isso, resolveu-se elaborar a seguinte categoria:

2. UMA AÇÃO VOLTADA PARA A MEDICAÇÃO

Quando indagados, a respeito dos tipos de orientações prestadas ao indivíduo em sofrimento psíquico e à família, a maioria referiu orientações voltadas para a medicação, conforme relatos a seguir:

É manter a medicação controlada desse paciente. Tá sempre procurando uma orientação de um profissional. Ter todos os cuidados dentro de casa. [...] não só com a medicação, mas também os cuidados com higiene do paciente, cuidado com o convívio social dele e que muitos são isolados e eu ao meu ver não poderia ser assim. Então, eu procuro orientar pra que tenha, dependendo do caso do paciente, que ele tenha um convívio melhor com as outras pessoas (Rubi).

Pra família[...] que tem que ter o cuidado né? Na hora certa da alimentação, na hora certa do medicamento, porque se for tomar o remeiozinho controlado aí a pessoa fica lúcida! [...] É o seguinte, tem que ter um cuidado como se tem com um recém nascido, é o mesmo cuidado, com a alimentação, do remédio, da hora de dormir[...] e falar calmamente com essas pessoas (Onix).

Com relação ao cuidado em saúde mental, percebemos uma discrepância quando se fala em cuidado e a forma que estes profissionais, ACS agem diante da comunidade. Evidenciando o estreito laço entre os cuidados em saúde mental e o uso de medicações.

Embora se predomine o discurso sobre a medicalização nas ações voltadas para a saúde mental, no primeiro relato foi observado que o ACS procura realizar outras orientações, tais como: a higiene pessoal e a interação social, fato este que não se encontra presente em outros discursos.

Com relação à medicação, de acordo com Pereira (2010), o acesso a medicamentos é garantido, por parte do Estado, analisando os princípios de seu uso racional, e distribuído pelos municípios. Todavia, esse acesso não poderia ser restringido apenas à disposição de medicações. Mas, devendo existir uma série de ações mais discriminadas voltadas à necessidade do indivíduo, através de uma completa anamnese e explorando toda a história pregressa do mesmo.

Ainda é possível observar, nas falas dos entrevistados, que o uso de medicamento é considerado como uma forma de cuidado do usuário em sofrimento mental, na atenção primária. A situação constatada toma um grau de importância para os profissionais de saúde e as famílias, uma vez que, essa atitude, partindo dos serviços, pode gerar resultados não benevolentes, visto que estes devem ter a preocupação de formarem novas estratégias terapêuticas a fim de envolver o usuário em sofrimento mental possibilitando um tratamento diferenciado.

Nessa perspectiva, portanto, foi constatado a partir de pesquisas já realizadas, que existem serviços de saúde, da atenção primária, que adotam uma dinâmica assistencial individual, passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas do usuário em sofrimento mental.

Para Amaral (1997), a prescrição de medicamentos controlados, na atenção primária, tornara-se um método de consulta dos usuários portadores de transtorno mental. De fato, percebemos que a referência para o tratamento em saúde mental ainda se assume em sua maioria à distribuição de medicações.

Segundo Lucchese *et al* (2009) são observadas situações pontuais relacionadas à medicação: como o fazer mais valorizado na restrita atenção à pessoa em sofrimento psíquico. No entanto, outros autores como Silva (2005), complementam que a medicação é a principal técnica de alívio do sofrimento.

Embora as equipes de Saúde da Família, enfrentem barreiras na abordagem das situações complexas emanadas da comunidade, viu-se que existem pessoas em sofrimento mental, utilizando o recurso da medicalização como a única possibilidade, se faz necessário que, ao em vez da tradicional consulta com o psiquiatra ou psicólogo, a pessoa de antemão fosse vista como um cidadão e depois observado o quadro psicopatológico. (LUCCHESI *et al*, 2009)

Neste contexto, alguns dos entrevistados citaram além da medicação, a consulta com o profissional especializado, como uma forma de orientação e cuidado. Todavia, é após a consulta que esses ACS partem para o campo prático desenvolvendo ações e orientações na comunidade. Conforme relatos a seguir:

Procurar um especialista para melhor avaliação. Porque assim, a gente não pode passar nenhuma orientação sem antes ter prescrito pelo médico(Esméralda).

[...] que procure sempre a orientações médicas porque ai que vem o tratamento dessa pessoa(Turmalina).

O cuidado em saúde mental ainda está voltado para a responsabilização somente de profissionais como psiquiatra e psicólogo, uma vez que estes são considerados os profissionais mais capacitados para atuarem na área de saúde mental. Outros profissionais como o Enfermeiro, o Assistente Social, o Pedagogo, o Terapeuta Ocupacional e outros, muitas vezes, não são lembrados, nem vistos de forma a contribuir significativamente para o cuidado a pessoas com sofrimento mental. Conforme os relatos a seguir:

[...] manter sempre, assim, as consultas com o psiquiatra e psicólogo em dia.(Diamante Negro)

[...] ser acompanhada pelo médico [...] faz tratamento [...] vai para psiquiatra e psicóloga (Tanzanita).

É possível destacar na fala destes, a visão que o papel do cuidado ao portador do transtorno mental está atrelado ou delegado somente ao psiquiatra e ao psicólogo, os quais são evidenciados como fundamentais para o tratamento do usuário em sofrimento mental. Esta situação emana aos profissionais dos serviços de saúde uma desconsideração ou desvalorização do efetivo trabalho enquanto equipe multiprofissional. Uma vez que, os serviços de saúde devem contar com uma equipe interdisciplinar, com o intuito de elaborar um cuidado integral aqueles que necessitam.

Nesta perspectiva, avaliando a equipe multi e interdisciplinar pode-se perceber o quão são fundamentais e contribuintes na trajetória das ações práticas transformadoras e no paradigma da desinstitucionalização. Com isto, surge uma relação interpessoal mais efetiva entre o profissional e o usuário. Todavia, a partir de outra pesquisa já realizada foi constatado que ainda existe, nos serviços de saúde, profissionais que atuam isoladamente, inclusive ocorrendo no prontuário dos usuários em sofrimento mental uma evolução diferenciada por cada profissional, visto que, apesar da equipe multiprofissional está desenvolvendo atividades em conjunto ainda há a carência de um trabalho interdisciplinar efetivo em saúde mental (WAIDMAN; ELSÉN, 2005).

O Ministério da Saúde afirma que a atuação dos profissionais da atenção primária em conjunto com os profissionais especialistas em saúde mental determina o sucesso terapêutico dos usuários em sofrimento mental. Para isso, é necessário que todos os profissionais da saúde estejam convencidos de que são capazes de oferecer os devidos cuidados. Uma vez que, desde a escuta do sujeito, por meio do acolhimento até o plano de cuidado, os profissionais são fontes de intervenção efetiva, construindo limites como uma questão do cuidado, e não como um problema moral. (BRASIL, 2011).

Às necessidades da atuação dos demais profissionais, na abordagem dos pacientes com sofrimento mental na atenção primária, deve ser permeada por um processo de trabalho que inclua as atividades dos ACS, os quais devem facilitar o contato dos serviços de saúde com os usuários em sofrimento mental, e suas famílias. Entretanto, estes necessitam atuar como terapeutas e gestores da atenção, referenciando aos serviços de saúde mental quando necessário (BRASIL, 2011)

Ainda através dos relatos é possível perceber que ao referenciar a pessoa em sofrimento mental para ser assistida por um psiquiatra ou psicólogo, remete também que o

ACS assume uma posição de afastar a responsabilidade da equipe de saúde da família no cuidado a pessoa portadora de transtorno mental e a sua família, e deixá-la apenas aos cuidados dos profissionais presentes no CAPS.

Dessa forma, foi questionada aos ACS sobre as mudanças ocorridas no cotidiano do seu trabalho após a implantação do CAPS no município, dando surgimento a seguinte categoria.

3)IMPLANTAÇÃO DO CAPS: TRANSFORMAÇÕES NO COTIDIANO DO TRABALHO DO ACS

Quando questionados se houve mudança no trabalho do ACS após a implantação do CAPS, 8 (80%) dos entrevistados confirmaram ter havido uma mudança significativa no seu trabalho com relação aos portadores de transtorno mental; 2 (20%) relataram não terem percebido nenhuma alteração.

Não. [...] os meus continuam sendo acompanhando da mesma forma [...] orientando boa parte pra ir pra o CAPS. Que é a mudança que teve em termos de geral foi essa. Que antes o posto acompanhava 100%, mas agora com o CAPS [...] deixou melhor pra eles. Porque lá vai ter um profissional já dedicado mesmo, só a exclusivo pra eles. (Rubi)

Houve! [...] uma atenção maior porque tem psiquiatra lá e ela faz o controle deles. Eles lá participam de oficinas, horta, tem lanche, eles cuidam das medicações para eles tomarem. Ai alivia nosso trabalho. Porque antes a gente fazia tudo pra eles, pegar receita, medicação (Turmalina)

Lopes (2008) afirma que o CAPS funciona como unidade de apoio para as equipes de saúde da família, viabilizando a prestação de uma melhor qualidade no atendimento às pessoas, caminhando no sentido da integralidade da atenção. Segundo Delfini e Sato *et al* (2009), essa parceria consiste na responsabilidade compartilhada no cuidado dos casos de saúde mental da região, cujo objetivo é proporcionar um atendimento mais singularizado e personalizado.

A funcionalidade do CAPS foi deferida a partir da Portaria nº 336 de 2002, define e estabelece diretrizes para o funcionamento desse serviço. Assim sendo, este torna-se responsável por oferecer suporte em saúde mental na atenção básica; responsabiliza-se pela organização da demanda e a rede de cuidados; e também supervisiona e capacita as equipes da atenção primária. Contudo, como aponta a legislação, este deve buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade. (DELFINI; SATO, *et al.*, 2009)

Leão e Barros (2008) acrescentam que além da promoção da reabilitação psicossocial e a intervenção da doença mental, conforme a proposta da criação do CAPS é indispensável que este apresente como preocupação primordial: o contexto de vida – história, cultura, vida cotidiana- do sujeito; não mais tendo apenas a cura psicopatológica como meta de intervenção, e sim o exercício da contratualidade, para além das limitações impostas pelo sofrimento psíquico, podendo ser de ordem biológica, social ou econômica.

Quando o entrevistado afirmou que não houve mudanças no seu trabalho com os portadores de transtorno mental, de sua área adscrita, percebemos uma discreta contradição em sua fala, quando pontua sobre a alteração do atendimento. Porém, posteriormente, o mesmo afirmou que a implantação do CAPS trouxe benefícios para o acolhimento e tratamento dos usuários em sofrimento mental.

Percebe-se, também, na fala de um dos entrevistados, que este considera o serviço do CAPS como um facilitador para o seu trabalho em saúde mental, conforme o relato:

[...] É uma exigência deles, que a família se responsabilize pelo seu familiar deficiente. [...] acham que nós, agentes de saúde, além da visita domiciliar nós temos que levar o remédio prontinho.[...] pegar a receita, pegar o remédio e levar na porta. Mais graças a Deus foi tirado isso de nós (Onix).

É interessante observar que este entrevistado, expressa um certo alívio com a chegada no CAPS a cidade, pois, a função que ele tinha de distribuição de medicamentos deixou de ser sua responsabilidade. Mais uma vez é observado como o modelo centrado na doença ainda se encontra cristalizado em alguns profissionais, muitas vezes levando-o a alienação do seu processo de trabalho como agente cuidador.

No entanto, constatou-se através das falas dos entrevistados, que a implantação do CAPS no município remeteu-se às Unidades de Saúde da Família como uma forma de transferência da responsabilidade do cuidado em saúde mental. Uma vez que a USF é a porta de entrada dos serviços da atenção primária, cuja deve fornecer ao CAPS informações, dos usuários em sofrimento mental referidos, sobre suas relações familiares e com a comunidade. Enquanto que o CAPS, unidade de apoio, é responsável por orientar sobre saúde mental, capacitar e discutir casos com a equipe da Atenção Primária (SILVESTRE, 2009).

Conforme Lopes (2008) colocar-se diante do novo, principalmente quando este refere-se à vida das pessoas e dos acontecimentos que as envolvem, não é uma tarefa fácil; entretanto, é neste meio que é preciso estar, pois é ai que as coisas acontecem. Todavia é necessário que exista um fortalecimento do vínculo entre os usuários e suas famílias com as equipes dos serviços de saúde, sendo os ACS o principal canal de ligação entre a comunidade e o serviço; devido compartilhar do mesmo território que as famílias adscritas, o que favorece um maior contato e aproximação entre os mesmos. Dessa forma, contribuindo para uma melhor assistência. (DELFINE; SATO *et al.*, 2009)

A presença do ACS é indiscutível no processo de interlocução entre a UBS e o CAPS. De acordo com Lopes e Souza (2009) o ACS deve estar articulado com a promoção à saúde que busca defender a vida e, com o cuidado em saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, gerando uma subjetividade cidadã e livre.

É importante destacar que os entrevistados relataram ter sentido receio ao visitar a casa de alguns dos seus clientes portadores de transtorno psíquico, por encontrá-los, algumas vezes, em crise. Porém, isso antes da implantação do CAPS, mas atualmente, com o funcionamento deste, percebeu-se na fala e no semblante dos entrevistados um sinal de tranquilidade:

[...] eles agora tão mais controlado, sem dar tanto ataque. Tomam direitinho a medicação. Valeu a pena! (Topázio)

[...] antes eles não tomavam eram mais agressivos [...]" (Esmeralda).

O discurso mais uma vez tem como foco principal a medicalização para o alívio do sofrimento. Um dos fatores que pode justificar essa cristalização da medicação no cuidado aos portadores de transtorno mental pelos ACS, pode ser relacionado a não preparação desses profissionais para lidarem com questões relativas à saúde mental, o que acaba por dificultar o

desenvolvimento de ações realmente voltadas para a promoção da saúde das pessoas em sofrimento.

Outras dificuldades são observadas nos trabalhos dos ACS com relação ao cuidado e acompanhamento das pessoas e famílias em sofrimento mental. Dessa forma, a categoria a seguir aborda as dificuldades vivenciadas por este profissional:

4) DIFICULDADES NO TRABALHO DO ACS: CUIDADO E RESISTÊNCIA.

As dificuldades em acompanhar o portador de transtorno mental e sua família são apresentadas pelos entrevistados em virtude de problemas decorrentes da rejeição desta, para com o agente, bem como o déficit de conhecimento da mesma sobre o quadro clínico do usuário em sofrimento mental e a resistência frente à atenção e cuidado de saúde.

Quanto à resistência dos portadores de transtorno mental em relação ao cuidado do ACS, unanimemente os entrevistados afirmaram não ter passado por nenhum problema com os mesmos, enquanto que 5 (50%) destes relataram sentir que as famílias relutam à recebê-los. Entretanto, os outros 5 (50%) dos entrevistados afirmaram não sentir dificuldades em trabalhar com os sujeitos portadores de transtorno mental, tampouco com as famílias destes.

Assim, no início era difícil convencer as famílias a fazerem os tratamentos. Mais agora, como já faz muito tempo que trabalho, tá mais fácil porque tão bem orientado aí procura normalmente. (Safira)

Justamente na questão da resistência. Às vezes a gente vai orientar a família a levar o paciente, procurar um médico especialista, a família se nega. Às vezes é outra coisa, porque tem pessoas que creem muito na crença. Naquela coisa antiga. [...] E a gente vê que existe um tratamento. [...] A resistência em si é que é a dificuldade maior. (Topázio)

Diante do relato dos entrevistados sobre as dificuldades enfrentadas no seu trabalho com os portadores de transtorno mental e suas famílias, foi constatado que estas, ainda relutam ao acolher os profissionais de saúde durante o atendimento domiciliar, visto que, um dos agravantes está relacionado a pouca instrução e informação sobre a importância do processo de trabalho em saúde mental com o usuário. Isso reflete nas famílias um medo e uma insegurança devido ao desconhecimento deste trabalho e da própria situação do familiar em sofrimento. Entretanto, referindo à primeira fala, é possível constatar que o entrevistado explicita a diferença entre o primeiro acolhimento aos posteriores, uma vez que, a convivência e aproximação dos ACS com as famílias permitem o sucesso do processo de trabalho e tratamento do indivíduo em sofrimento mental.

Nesta perspectiva, observou-se que outra pesquisa já realizada corrobora com a afirmação tecida anteriormente, quando se faz uma relação entre a participação dos usuários no processo de trabalho em saúde mental e a contribuição participativa das famílias neste. Uma vez que, estas se ligam aos serviços de saúde da atenção primária, a partir do vínculo criado pelos ACS das USF. Portanto, caso o usuário não esteja sob o acompanhamento da equipe de saúde, isso pode estar relacionado à resistência da família em participar do tratamento, e não apenas por desconhecer do sofrimento mental (WETZEL; SCHWARTZ, 2009).

Menegolla, Polleto e Krahl (2003) afirmam que trabalhar com o ser humano não é uma tarefa fácil, principalmente quando nos deparamos com as dificuldades vivenciadas no cotidiano de cada um, em que as diversidades estão relacionadas a fatores culturais, sociais e econômicos, os quais interagem diretamente entre os homens atuando de forma singular nas famílias, nas profissões e até mesmo egocentricamente.

Oliveira (2006) aborda que todas as pessoas possuem milhares de crenças relativas ao que é ou não verdadeiro, bonito ou bom e sobre o mundo físico e social no qual se vive. Este, de forma eloquente, afirma que as crenças incontáveis não estão em um estado desorganizado dentro de suas mentes, mas estão organizadas em sistemas arquitetônicos, os quais possuem propriedades estruturais descritíveis e mensuráveis que, por sua vez, desencadeiam consequências comportamentais observáveis.

No entanto, os inúmeros fatores divergentes que formam a cadeia habitacional do ser humano, a qual se pode definir por comunidade, confirmam a necessidade de compreensão,

pelos ACS, em relação às diferenças culturais, sociais, e econômicas das pessoas adscritas na sua área de assistência. Todavia, o aproveitamento do seu conhecimento popular, torna possível o estreitamento de laços afetivos e contribui nas realizações das ações (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003).

Assim, a convivência ou o vínculo entre os ACS e as famílias dos usuários em sofrimento mental é ainda um meio importante de acesso à realidade do sujeito e sua família. Todavia, a insistência desses profissionais diante da resistência destas famílias, por aproximação, é uma atitude e uma ação essencial que faz parte do cotidiano do trabalho destes, esta, buscando estreitar os laços entre os profissionais dos serviços de saúde e as famílias dos usuários, para que seja possível suplantar e compreender as necessidades das pessoas envolvidas. Contudo, essa assistência, conseqüentemente, passa a responder de forma positiva aos princípios proposto da atenção primária.

Nesta perspectiva, para que o cuidado prestado pelo ACS seja realmente eficaz e seja desenvolvido dentro das perspectivas da integralidade das ações, faz-se necessário investir em educação permanente, que esteja embasa nos princípios do SUS.

No entanto, durante a entrevista, os entrevistados foram indagados sobre a existência de uma capacitação para o trabalho dos ACS, na atenção básica, em saúde mental. Considerando que, estes estão inseridos no meio biomédico, e diretamente ligado com a promoção á saúde da comunidade; necessitando estarem bem amparados de informações instrutivas e promotoras de saúde. Dentre estes, 3 (30%) confirmaram ter participado de uma capacitação para ACS; 4 (40%) afirmaram não ter participado de uma capacitação, porém citam terem recebido orientações complementares para o trabalho como agente comunitário.

[...] uma capacitação, não! Mas assim, algumas orientações a gente já teve. Por parte até mesmo quando foi implantar o CAPS, a gente teve umas reuniões e recebemos algumas orientações. (Rubi)

Não! [...] a gente lida diretamente com essas pessoas [...] E precisamos ter maiores conhecimentos em relação a elas. Para poder desenvolver um trabalho melhor! (Topázio)

Mediante as respostas dos entrevistados, é possível perceber que há uma carência em relação aos conhecimentos e as informações necessárias para o melhor desempenho no trabalho com os usuários em sofrimento mental e as famílias. Nesta perspectiva, percebe-se a necessidade de expandir e atualizar os conhecimentos em saúde mental, através de uma formação continuada que possa conferir uma condição favorável para maior eficiência e melhor atuação enquanto profissional da saúde.

Lopes (2007) afirma que, o profissional que não tem o conhecimento sobre saúde mental, reconhece o usuário como um estrangeiro, cujo idioma não é compreendido, a menos que alguém o traduza. O despreparo e a carência de conhecimento científico acerca do problema mental do sujeito deixam os ACS apreensivos e com a sensação de impotência. Todavia, estes recebem da família, durante a situação de desconforto, um apoio intermediário para a compreensão do desempenho do usuário.

Entretanto, na precarização do conhecimento teórico, os ACS tornam-se tradutores populares do universo científico, atuando, como facilitadores do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Em virtude do saber popular lhes é conferido o maior prestígio social, o que acaba sendo contraditório, uma vez que, uma das especialidades desejadas pelo MS na descrição do ACS é dispor deste prestígio e do conhecimento sobre a dinâmica social da comunidade em quem trabalha. (GRACIE, 2009)

A proposta de capacitação dos ACS é de fato uma necessidade construtiva para o processo de promoção, proteção e prevenção da saúde. Porém, ainda é um projeto incipiente na atenção primária, mas que não deve ser compreendido como algo impossível de vir acontecer na prática, visto que, é do interesse dos ACS serem capacitados, uma vez que, essa capacitação influenciará para a melhoria da qualidade do seu trabalho nos serviços da saúde e nas comunidades.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Saúde mental é um assunto ainda muito debatido no âmbito da saúde, apresentando-se com um leque de questionamentos duvidosos e pouco fidedignos, devido ao grande contexto de saúde e doença, a qual está inserida. Esta afirmativa foi comprovada a partir das falas dos ACS entrevistados, nesta pesquisa, tendo em vista que, nos dias atuais ainda é um tabu visto pelos profissionais da saúde, da Atenção Primária, como uma realidade que está sendo implantada paulatinamente e que permeia e converge para uma ampliação e implementação de ações voltadas para clientela em sofrimento mental.

Este sofrimento mental é originado ou pode ser sequela de quadros traumáticos vivenciado pelos usuários portadores de transtorno mental, os quais na maioria das vezes desencadeiam comportamentos atípicos. De acordo com os entrevistados, estes associaram a doença e o sofrimento mental a problemas neurológicos e hereditários, a partir de uma visão biologicista. Uma vez que, os ACS afirmam que a doença da psique está atrelada ao quadro somático do usuário.

Contudo, pode-se ressaltar que mediante o depoimento dos ACS durante esta pesquisa, um fato extremamente importante que requer muita atenção, são os relatos dos familiares dos usuários em sofrimento mental sobre a exaustão emocional e física, que levam a uma sobrecarga exaustiva, causando conseqüentemente algumas situações de saúde tais como: estresse, angústia, irritação, impaciência, bem como aos que estão ao seu redor, principalmente, o usuário sob cuidados. Com toda exposição deste quadro, o que mais está em evidência carecendo pontuar, a partir dos relatos dos entrevistados, é que as famílias mesmo mediante sofrimento persistem pela recuperação do seu parente, uma vez que temem que estes sejam internados, e venham sofrer constrangimentos.

A sobrecarga familiar é sequela de uma rotina exaustiva, que vem se delineando a partir do diagnóstico do usuário em sofrimento mental. Mediante os relatos dos entrevistados, percebeu-se de forma clara o despreparo dos familiares e dos cuidadores com relação ao conhecimento sobre a doença mental, bem como a medicação prescrita, esta que exige ser controlada e manuseada de forma correta para minimizar os transtornos psicológicos. Todavia, a distribuição destas pelos ACS e o uso indiscriminado pelas famílias, com poucas orientações e instruções sobre as particularidades do tratamento e da medicação necessária para o usuário em sofrimento mental, percebeu-se ser rotina no trabalho dos ACS, na atenção primária.

É importante destacar, uma positiva observação anunciada, por um dos entrevistados, durante as entrevistas, no que se refere ao tratamento do usuário em sofrimento mental, focando uma alternativa inovadora que perpassa além do tratamento medicamentoso, às estratégias básicas e diferenciadas como: a preocupação pela higiene pessoal e a inserção social da pessoa com transtorno mental. Visto que, a maioria dos ACS relataram sobre o uso de medicamento, como uma forma única de minimizar o sofrimento mental do usuário, na atenção primária, despreocupando-se com os possíveis resultados e sequelas deste cuidado, que podem trazer resultados negativos para o processo de trabalho.

Decorrente de toda somatória do quadro existencial na questão dos tratamentos do usuário em sofrimento mental, conforme as entrevistas e depoimentos, surgiu a necessidade de planejar novas estratégias terapêuticas com o objetivo de ampliar as ações e promoções de saúde aos usuários e suas famílias. Considerando que os ACS ainda são a ponte de ligação entre estes e os serviços de saúde.

Frente às responsabilidades destes, com os usuários em sofrimento mental e suas famílias, percebeu-se nas falas dos ACS que após a implantação do CAPS no município, houve uma mudança considerável no cotidiano do trabalho dos mesmos, uma vez que, os sentimentos mais expressivos deles, em relação a essa mudança, foi de alívio e tranquilidade, visto que, antes assumiam a função apenas de distribuidores de medicamentos. Todavia, ressalta-se que, ainda existe um cuidado, com o usuário, centralizado na doença como modelo, o que mostra um despreparo com o seu processo de trabalho como agente cuidador.

Em relação às dificuldades no trabalho dos ACS frente à assistência dos usuários em sofrimento mental e a família, foram apresentados pelos entrevistados problemas como: resistência da família no acolhimento e o desconhecimento destas sobre o sofrimento mental. Para a solução destes problemas os ACS, buscam aproveitar dos seus conhecimentos populares para tornar possível o vínculo afetivo e estreito com os usuários em sofrimento mental e suas famílias. Com isto sendo possível a realização de ações, atividades e a promoção da saúde.

Em se tratando dos resultados obtidos, a vinda do CAPS ao município, sendo este um centro de apoio à atenção primária, favoreceu maiores oportunidades e facilidades para o acompanhamento e tratamento dos usuários em sofrimento mental, devido a grande demanda dos mesmos, considerando um total que vinha sendo beneficiado e outros que não dispunham

nem de um diagnóstico. Assim sendo, constatou-se que os ACS necessitam extremamente de uma formação permanente em saúde mental, que objetive: acompanhar, monitorar e promover às famílias dos portadores de transtorno mental mais segurança, instruções e orientações sobre o quadro psicopatológico e tratamento do usuário, além de ter a condição de atuar diante de uma situação, com estes, que exija conhecimento mais aprofundado.

Neste sentido, é extremamente necessário a participação e a incumbência por parte da Enfermagem em elaborar um plano de capacitação, visando uma preparação teórico/prático básico dos ACS, o qual trará benefícios e conseqüentemente uma fidedigna e potencial contato entre os serviços de saúde, os usuários em sofrimento mental e suas famílias.

Portanto, o presente trabalho disponibiliza subsídios para os profissionais da saúde e gestão para refletir sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, desmistificando crenças, derrubando preconceitos, acolhendo as famílias e incluindo os usuários em sofrimento mental como protagonistas do processo de cuidar.



7. REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. **O cuidado em saúde mental**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 221–240. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_cuidado_fronteras_apres.pdf> (Acessado em outubro de 2012)

ALVES, K. V. G. **O QUE SABE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Disponível em: <http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/alves_kali.pdf> (Acessado em março de 2013).

ALVES, R. **O médico**. Campinas/SP. 2002. Papyrus Editora. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=Fy_cXtBsGUC&oi=fnd&pg=PA9&dq=ALVES,2002+sa%C3%BAde+mental&ots=SZrscOR7d&sig=DglU9OdoAd_y_ZBAXG Tk1jTrvOI#v=onepage&q&f=false> (Acessado em março de 2013).

AMARAL, M. A. do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, 1997. Cap. 31. P. 288-9. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n4/2257.pdf>> (Acessado em março de 2013).

AMARANTE, A. L.; LEPRE, A. dos S. et al., As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2011, Jan-Mar. Cap. 20. p. 85-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/10.pdf>> (Acessado em março de 2013).

AMARANTE, P., Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro. Cap 11. p. 491-494,. Jul/Set, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>> (Acessado em março de 2013).

BARROS, M. M. M. A. de; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. de A., Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14. p. 227-232. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n1/a28v14n1.pdf>> (Acessado em março de 2013).

BARROS, D. F. de; BARBIERI, A. R.; IVO, M.L.; SILVA, M. da G. da. O contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. Jan-Mar, 2010. Cap. 19. p. 78-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>> (Acessado em março de 2013).

BESEN, C. B.; NETO, M. de S. et al., A estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade.** v.16, N. 1, p. 57-68, jan./abril. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>> (Acessado em março de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe de referência e apoio matricial.** Brasília/DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf> (Acessado em março de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. **As novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Janeiro, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf> (Acessado em março de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf> (Acessado em março de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. III Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Documentação, 2011. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>> (Acessado em março de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reformapsiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS; nov. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> (Acessado em março de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Saúde da Família: uma estratégia mais a reorganização do modelo assistencial.** Brasília. 1997. 36p.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. da S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.6. n.2. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200016> (Acessado em março de 2013).

BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. **Textos & Contexto.** Porto Alegre. v. 9. n. 2, p. 229 – 243. Ago/Dez 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>> (Acessado em março de 2013).

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O Enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet].** 2008. Cap. 10. p. 179-188. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8010/5793>> (Acessado em março de 2013).

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; SANTOS, D. V. D. dos, *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2011. Cap. 16. p. 4643-4652. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>> (Acessado em março de 2013).

CARDOSO, A. V. M.; REINALDO, A. M. dos S.; CAMPOS, L. de F., Conhecimentos dos ACS sobre transtorno mental e de comportamento, em uma cidade de Minas Gerais. **Cogitare Enferm.** Abr/Jun, 2008. Cap. 13. p. 235-43. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:tca289OSYbUJ:ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/12489/8558+Conhecimentos+dos+ACS+sobre+transtorno+mental+e+de+comportamento,+em+uma+cidade+de+Minas+Gerais.&hl=ptBR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEShdyU_n9sgXt68M4gH7LNA9WdCafLiZ6n4gTH9K4giA7HG2KvfMXcSki5oYIMr9weNPBoub1LwojJaQVbwHb1aQuUTAoyQmI_k4hL8KVWrpFkKiLxguDMXbSb2SI17PtoLENz2&sig=AHIEtbRd9XGX0XX4gDcOuYKdPcG21GFQyw> (Acessado em março de 2013).

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F., O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>> (Acessado em março de 2013).

CARVALHO, D. A. de. **Desafios da saúde mental na atenção básica**. Corinto/MG, 2010. Curso de Especialização em atenção básica em saúde da família- CEABSF. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3157.pdf>>. (Acessado em março de 2013).

COSTA, J. dos S., WETZEL, C., KOHLRAUSCH, E., Estratégias utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado ao usuário com tentativa de suicídio. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 87, p. 683-692, out/dez. 2010. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/acervo_biblioteca/revistas/artigo.php?codigo=26473> (Acessado em março de 2013).

DELFINI, P. S. de S.; SATO, M. T.; ANTONELI, P. de P.; GUIMARÃES, P. O. da S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009. Cap. 14.p. 1483-1492. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>> (Acessado em março de 2013).

DUTRA, V. F. D.; ROCHA, R. M., O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; Cap. 19 (3). p. 386-91. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a08.pdf>> (Acessado em março de 2013).

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O., Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): 129-138, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>> (Acessado em março de 2013).

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. de, A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, 2001/março; 9(2): 48-55. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/46765_5661.PDF> (Acessado em março de 2013).

HARADA, O. L.; SOARES, M. H., A percepção do Agente Comunitário de Saúde para identificar a depressão. Revista Electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. Port.) v.6, n.2, Ribeirão Preto, ago/2010. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v6n2/6.pdf>> (Acessado em março de 2013).

HEIDRICH, A. V., **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob perspectiva da desinstitucionalização.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Doutorado em Serviço Social. Porto Alegre 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z-1049/Publico/398635.pdf> (Acessado em março de 2013).

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso> (Acesso em: 06 nov. 2011).

KILSZTAJN, S., Programa de Saúde da Família. **Rev Ass Med Brasil** 2001; 47(4): 269-95. P. 285. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7386.pdf>> (Acessado em março de 2013).

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e com Rio de Janeiro**. vol. 2. nº 2. Abr/Jun 2006. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/23>> (Acessado em março de 2013).

JUNIOR, M. A. D., **Ações de saúde mental por ACS: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/TMCB-7XBHNT/dissertultima_final.pdf;jsessionid=761BA103AB743F35B96043A5EEBE54B1?sequence=1> (Acessado em março de 2013).

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Soc. São Paulo**, 2008.

v.17. n.1. p. 95-106. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/09.pdf>> (Acessado em março de 2013).

LOPES, A. M. P. Agentes Comunitários de Saúde na Construção da Reforma Psiquiátrica Comunitária. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, 2008. V. 2, n.4-5, p.28 – 46. Disponível em: <<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1102/1261>> (Acessado em março de 2013).

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. Dissertação de mestrado. Santa Maria/RS, 2009. Disponível em: < http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/33/TDE20100401T143839Z2536/Publico/LOPES,%20DENISE%20MARIA%20QUATRIN.pdf> (Acessado em março de 2013)

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2009. Cap. 25. p. 2033-2042. Set, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>> (Acessado em março de 2013)

LUZIO, C. A.; L' ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009. Cap. 14. p. 105-116. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>> (Acessado em março de 2013)

MADEIRA, K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso**. Mestrado em Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde. Itajaí, 2009. Disponível em: < http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE20090810T091148Z503/Publico/Karin%20Hamerski%20Madeira.pdf> (Acessado em março de 2013)

MARTINS, Á. K. L.; GOMES, C. A. M.; OLIVEIRA, F. B. de; DAMASCENO, J. S. et al., **O sofrimento mental e a identificação de casos por ACS**. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ABA9S2kuOhQJ:encontros.cariri.ufc.br/index.php/eu/eu2011/paper/download/486/449+O+sofrimento+mental+e+a+identifica%C3%A7%C3%A3o+de+casos+por+ACS+3%C2%BA+encontro+universit%C3%A1rio+da+UFC+no+c+ariri&hl=pt->>

BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESijoBXhpl6xTXKhFwGXrpe7dmiD2RyWO3nlKIMpV_t4PDsrFJVWYTPx76EsBAAbA19SI3W99XXtktw7EbxsBobA9pP7xJXbUMnVcZsVwjawQVR0_mJLPNIQ4F-wONHVMBQdWgWhU&sig=AHIEtbTPJwmRiw75jc8xju73xrU2DvXP_w> (Acessado em março de 2013)

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G., **Atenção Primária à Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> (Acessado em março de 2013).

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D. S.; KRAHL, M. O Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre. vol 17. nº 2. Jul/Dez 2003. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_12agenteComunitario.pdf> (Acessado em março de 2013).

MUNARI, D. B.; MELO, T. S. de; PAGOTTO, V. et al., Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** 2008; 10(3): 784-95. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/72/1/saude%20mental%20_progra_saude_familia_v10n3a24.pdf> (Acessado em março de 2013)

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**. Cap. 23. p. 2375-2384. Rio de Janeiro. Out, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/12.pdf>> (Acessado em março de 2013).

OLIVEIRA, A. R. de; CHAVES, A. E. P.; NOGUEIRA, J. de A.; SÁ, L. D. de S.; COLLET, N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2010. Cap. 12. p. 28-36. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/9511>> (Acessado em março 2013).

OLIVEIRA, S. F. de. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida**. João Pessoa.

Março, 2006. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/ppgp/images/pdf/dissertacoes/suenny_2006.pdf (Acessado em março de 2013).

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 1053-1062, maio 2006.

PAGLIARINI, M. A.; WAIDMAN, I. E. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enferm.** Cap. 14. p. 341-9. Jul/Set, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=455840&indexSearch=ID> (Acessado em março de 2013)

PASSOS, I. C. F.; BEATO, M. S. da F., Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da História da Loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psychê** – Ano VII. nº 12 . São Paulo. Jul-dez/2003. p. 137-158. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/307/30701210.pdf> (Acessado em março de 2013)

PEREIRA, J. R.; SANTOS, R. I. dos; JUNIOR, J. M. do N.; SCHENKEL, E. P. Análises das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**. Cap. 15. p. 3551-3560. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a30.pdf> (Acessado em março de 2013)

REINALDO, A. M. dos S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. vol. 4. nº 2. p. 36 – 41. 2002. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/758/828> (Acessado em março de 2013)

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C., A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 maio/jun; 56(3): 230-235. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a04v56n3.pdf> (Acessado em março de 2013)

ROTELLI, F. et al. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SILVA, M. B. B. e. **Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva***. Rio de Janeiro, 2005. Cap. 15. p. 127-150. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n1/v15n1a08.pdf>> (Acessado em março de 2013).

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B., **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem***, 2005 julho-agosto; 13(4): 591-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>> (Acessado em março de 2013)

SILVEIRA, D. P. da.; VIEIRA, A. L. S., **Saúde Mental e Atenção Básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RJ. *Ciências e Saúde Coletiva***. P. 139. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n1/a19v14n1.pdf>> (Acessado em março de 2013)

SILVESTRE, J. **Integração dos CAPS com a Atenção Básica**. Maio, 2009. Baseado e adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Um outro olhar: Manual Audiovisual sobre Centro de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica**. 2007. Disponível em: <[http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/integracao-dos-caps com-atencao-basica](http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/integracao-dos-caps-com-atencao-basica)> (Acessado em março de 2013).

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L., **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva***, 14(2): 477-486, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>> (Acessado em março de 2013).

TOSCANI, P. de B., **O apoio matricial como processo de cuidado na saúde mental**. 2010. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.064.pdf>> (Acessado em março de 2013).

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. de, **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família**. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. São Luis/MA, Universidade de São Paulo. Ver *Ciência e Saúde*

Coletiva, 12(2): 443-453, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a21v12n2.pdf>> (Acessado em março de 2013).

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. Cap. 14. p.183-193. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n1/a24v14n1.pdf>> (Acessado em março de 2013).

WAIMAN, M. A. P.; ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enferm**. Cap. 14. p. 341-9. Jul/Set, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a04.pdf>> (Acessado em março de 2013).

WAIMAN, M. A. P.; SCARDELLI, M. G. da C.; PANDINI, A., Estratégias de cuidado ao portador de transtorno mental: atendimento da equipe de saúde da família. **Cienc Cuid Saúde**; out./dez 2010; 9(4): 806-814. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13848/7201>> (Acessado em março de 2013).

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P., Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm** 2004 Out-Dez; 13(4): 593-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a12.pdf>> (Acessado em março de 2013).

WETZEL, C.; SCHWARTZ, E.; LANGE, C., *et al.* A inserção da família no cuidado de um Centro de Atenção Psicossocial. **Cienc. Cuid. Saúde**, 2009. Cap. 8. p. 40-46. Disponível em:<<http://eduojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9716/5529>> (Acessado em março de 2013).



8. APÉNDICES

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Universidade Federal de Campina Grande

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascida em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “**O cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité-PB**”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam conhecer as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos, clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Cliente / **Responsável:** _____

Testemunha 1 (nome/RG/Tel.): _____

Testemunha 2 (nome/RG/Tel.): _____

Responsável pelo Projeto: _____

Polegar direito

Endereço Profissional: Universidade Federal de Campina Grande-Campus, Centro de Educação e Saúde. Olho D'Água da Bica S/N, CEP: 58175-000 – Cuité, PB – Brasil. Telefone: (83) 33721900 Ramal: 1954 ou (83) 33721950.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP, Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC. Rua. Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB. Telefone. (83) 2101 – 5545. E-mail. cep@huac.ufcg.edu.br

APÊNDICE II**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCC****CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES****UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE****CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****ESTUDO: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Pesquisadores: Alynne Mendonça Saraiva

Ana Clara Dantas de Souza

Iniciais do nome _____ idade: _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () União estável () Viúvo

Escolaridade: () Analfabeta () Ensino fundamental () Ensino médio () Superior

Há quanto tempo trabalha na Unidade:

1. O que você entende por sofrimento ou doença mental?
2. No seu trabalho como agente comunitário, você já acompanhou pessoas portadoras de transtorno mental? Que tipos de orientações e ações você fez para essa pessoa ou para a família?
3. As pessoas portadoras de transtorno mental são encaminhadas para atendimento na equipe de saúde da família?
4. Depois da implantação do CAPS houve alguma mudança no seu trabalho com relação aos portadores de transtorno mental?

5. Já foi feita alguma capacitação com os ACS sobre saúde mental?
6. Quais as principais dificuldades que você encontrou no seu trabalho, quanto ao acompanhamento do portador de transtorno mental e sua família.

Cuité, _____ de _____ 2013.

APÊNDICE III**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG****CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES****UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE****CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE****ESTUDO: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ- PB**

Eu, **Alyne Mendonça Saraiva**, Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora efetiva do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, portadora do RG: 95029017897 SSP/CE comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos, sob o Número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 11507813.2.0000.5182.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Orientadora e Pesquisadora Responsável



9. ANEXOS



TERMO INSTITUCIONAL

Cuité, 30 de Novembro de 2012

Tendo lido e estando de acordo com a metodologia proposta, a instituição autoriza a execução da pesquisa intitulada "O cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité-PB" desenvolvida pelo pesquisador Ana Clara Dantas de Souza, sob orientação do professor Alynne Mendonça Saraiva neste serviço.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 196/96. Sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para o serviço.



Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Cuité - PB

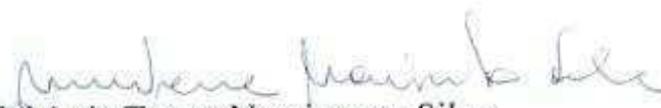


DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 11507813.2.0000.5182 intitulado: **O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ- PB.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.


Prof.ª Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 02 de Abril de 2013.