



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO DE BACHARELADO DE ENFERMAGEM**

TÂMARA CRISTINA BRITO RODRIGUES

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

CAJAZEIRAS-PB

2011

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

TÂMARA CRISTINA BRITO RODRIGUES

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Francisca Bezerra de Oliveira.

Co-orientadora: Prof^ª. Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira.



CAJAZEIRAS-PB

2011



R696a Rodrigues, Tâmara Cristina Brito.
Ações em saúde mental por agentes comunitários de saúde / Tâmara Cristina Brito Rodrigues. - Cajazeiras, 2011.
51f. : il.color.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Saúde Mental. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Saúde da família. I. Oliveira, Francisca Bezerra de. II. Moreira, Maria Rosilene Cândido. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 613.86

TÂMARA CRISTINA BRITO RODRIGUES

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora.

Aprovada em ____/____/2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr. Francisca Bezerra de Oliveira – UFCG

Prof^ª. Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira - UFCG

Prof^ª. Ms. Álissan Karine Martins - UFCG

À amada, linda, meiga, carinhosa, companheira, no alto dos seus oito meses, que sempre teve um sorriso, um gesto de amor para me oferecer: elementos essenciais para que eu pudesse continuar quando a saudade e o cansaço batiam à porta do meu coração.

Filha, o encontro com você me potencializa, me alegra e faz de mim uma pessoa melhor!

Dedico,

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida. ” Pois só ele é digno de toda honra, glória e louvor”

À minha querida Mãe, que proporcionou meu ingresso aos estudos, pela generosidade e entusiasmo que me conduziu para o crescimento profissional e se esforçou para efetivar meu valor. Meu eterno agradecimento.

À meu Pai, por todo amor e dedicação que sempre teve comigo , homem pelo qual tenho o maior orgulho de te chamar de pai.

À minha filha amada Livia Layse, presença diária de amor e dedicação.

Às minhas irmãs Thamirys e Thamisy por compreenderem minhas faltas neste período de dedicação aos estudos.

À vovó Céu e vovó Hugo (in memória) pelos corações bondosos que dedicaram toda sua vida a família, por tudo meu eterno agradecimento.

À vovó Nadir, mulher guerreira, que me ensina que quando se quer tudo é possível, a senhora fez despertar em mim uma força que me impulsiona a ser feliz todos os dias, meu exemplo de vida. Vovô Francisquinho pessoa especial na forma de agir e de tratar com delicadeza, gentileza e atenção.

À toda minha família: tios, tias, primos, primas. Pelo companheirismo!

À Natália Oliveira, grande amiga que acompanhou minha trajetória desde do início do curso, pelos conhecimentos, otimismo e pelas palavras de coragem e apoio. Amigas para sempre!

Ao meu amigo Ithalo Damon (in memória) onde sempre estive me incentivando a estudar e a lutar pelos sonhos, mesmo longe você vai estar presente em minha vida!

Aos meus amigos queridos em especial, Marino, Thayron, Marina, Gabi, Rayrla e Abdon que me incentivaram e deram esperança nas situações dolorosas e fizeram parte dos instantes de crescimento.

À Professora Dr. Francisca Bezerra que não foi apenas uma orientadora, mas uma brilhante mestre, pois sempre soube ponderar e entender as minhas dificuldades, como também teve paciência, respeito, confiança e compreensão com as adversidades que a me pregou e, que acima de tudo soube valorizar o que tenho de melhor: o desejo de saber mais. MUITÍSSIMO Obrigado!!

À Professora Rosilene pelas correções e as valiosas contribuições que me deram no trajeto da pesquisa. Obrigada pela atenção, gentileza e simplicidade.

À todos os professores da graduação de enfermagem que contribuíram especialmente para a definição do meu papel como enfermeira.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Pombal, que gentilmente participaram desta pesquisa.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Faixa etária dos sujeitos da pesquisa (ACS).....	27
Gráfico 2. Estado civil dos sujeitos da pesquisa (ACS).....	28
Gráfico 3. Escolaridade dos sujeitos da pesquisa (ACS).....	29
Gráfico 4. Tempo de serviço dos sujeitos da pesquisa (ACS).....	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Ações em saúde mental.....	31
Quadro 2. Dificuldades de trabalho em saúde mental.....	36

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AVAI** - Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CNSM** – Conferência Nacional de Saúde Mental
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice Desenvolvimento Humano
- NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- PSF** – Programa de Saúde Família
- PACS** – Programa de Agente Comunitário de Saúde
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba
- UFCG** – Universidade Federal da Paraíba
- VD** – Visita Domiciliar

RESUMO

RODRIGUES, Tâmara Cristina Brito. **Ações em saúde mental por Agentes Comunitários de Saúde**. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostra-se como um instrumento vigoroso no processo de transformação da atenção em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família, profissionais e comunidade. Um ator que merece destaque na ESF é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) devido à sua inserção no território e a possibilidade de promover mudanças que realmente sejam duradouras. Este estudo buscou conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas pelos ACS e verificar as principais dificuldades para o desenvolvimento dessas ações de saúde neste campo do saber. Trata-se de estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram 16 ACS que atuam em três Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Pombal - PB. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário contendo questões objetivas acerca do perfil dos ACS e um roteiro com questões norteadoras para a realização das entrevistas. Os dados quantitativos foram analisados por meio de gráficos. Os dados qualitativos foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo, em sua modalidade de Análise Temática. A pesquisadora seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Constatou-se que os sujeitos do estudo são exclusivamente do sexo feminino, a média de idade entre as ACS foi de 42,4 anos, e 75 % desses profissionais são casadas. Em relação ao nível de escolaridade 62,5 % concluíram o ensino médio. Todas as ACS residem no bairro onde trabalha, com média de tempo de serviço de 14,1 anos. Na segunda etapa da pesquisa foi possível conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas pelos ACS em relação às pessoas em sofrimento mental, que foi identificado o encaminhamento, o acompanhamento, a visita domiciliar e supervisão da medicação, como também suas dificuldades de trabalho no âmbito da ESF. Torna-se premente que sejam implementadas políticas públicas municipais que disponibilize ferramentas, tecnologias e conhecimento sobre o processo saúde-doença; os princípios da Reforma Psiquiátrica, a complexidade do sofrimento mental, como forma de aprimorar saberes, como também a ESF e gestores da Secretária Municipal de Saúde sistematizarem capacitações em saúde mental para os ACS.

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

ABSTRACT

RODRIGUES, Tâmara Cristina Brito. **Actions in mental health by Health Communitarian Agents**. 53f. Final Paper – Academic Unit of Life Sciences (AULS), Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

Family Health Strategy (FHS) presents itself as a vigorous instrument in the process of change of the attention in mental health, once it enables a larger approximation between user, family, professionals and community. An actor who deserves notability in the FHS is the Health Communitarian Agent (HCA) due to his insertion in the territory and the possibility of promoting changes which are really durable. This study searched to know the actions in mental health developed by the HCA's and to verify the main difficulties as to the development of these health actions on this field. It is an exploratory study, with qualitative approach. The subjects of the study were 16 HCA's who act in three Basic Family Health Units of the municipality of Pombal, PB. The instrument used for data collection was a questionnaire containing objective questions about the profile of the HCA's and a guide with leading questions as to the accomplishment of the interview. The quantitative data were analyzed through charts. The qualitative data were analyzed by the Content Analysis method, in its Thematic Analysis modality. The researcher followed loyally the ethical observances of the Resolution 196/96 of the Health National Council. It was verified that the subjects of the study are exclusively female, the average age between the HCA's was 42,4 years old, and 75% of these professionals are married. Regarding the educational level 62,5% concluded high school. All of the HCA's reside in the neighborhood where they work, with an average working period of 14,1 years. On the second step of the research it was possible to know the mental health actions developed by the HCA's concerning the people in mental suffering, which was identified the forwarding, the accompaniment, the domiciliary visit and the supervision of medication, as well as their work difficulties in the ambit of FHS. It becomes pressing that municipal public policies which provide tools, technologies and knowledge about the health-illness process be implemented; the principles of the Psychiatric Reform, the complexity of mental suffering, as a way of improving knowledge, as well as the FHS and managers of the Municipal Health Office systematize trainings in mental health for the HCA's.

Keywords: Health Communitarian Agents. Family Health Strategy. Mental Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	18
2.2 ATENÇÃOEM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL.....	21
3 PERCUSO METODOLÓGICO.....	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA.....	23
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	24
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	25
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	27
4.2 AÇÕES EM SAUDE MENTAL.....	31
4.3 DIFICULDADES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	47
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais constituem um grave problema de saúde mental a nível mundial e afetam pessoas de todas as idades, culturas e nível socioeconômico. No Brasil, aproximadamente 15 a 20% da população brasileira apresentam algum tipo de sofrimento mental, necessitando de cuidados neste campo (BRASIL, 2004).

Como forma de dar atenção integral as pessoas em sofrimento mental, os atuais direcionamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apontam o cenário da atenção primária em saúde como propício para a inclusão e o desenvolvimento de práticas acolhedoras em saúde mental, tendo como foco de atenção o usuário, como também a família e a comunidade (OMS/ OPAS, 2001). No contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada do sistema de saúde, constituindo-se, portanto, como uma das parceiras para integração das ações de saúde mental (BRASIL, 2006).

Para que as propostas de cuidado sejam permeadas por ações voltadas para acolhimento das demandas comunitárias, sob uma perspectiva territorial e atenção, tem-se a estruturação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006. A Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, garante a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica, pela revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado ESF e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) (BRASIL, 2006a).

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão de práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Nesse sentido, é importante e necessária a articulação da saúde mental com toda rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde. O trabalho integrado das equipes de saúde da família e de saúde mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Além disso, propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos, podendo aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

Um profissional que merece destaque dentro desse processo de articulação saúde mental e rede básica de saúde é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os ACS são responsáveis pelo cadastramento das famílias que residem na área de cobertura da ESF, sendo que cada ACS fica responsável em média por 750 pessoas, passando a conhecer as reais necessidades dos indivíduos, da família e da comunidade, constituindo-se assim como um

importante articulador e efetivador das ações de saúde mental (LEÃO; SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

Através do seu trabalho, o ACS dissemina informações, ajuda no esclarecimento a respeito de inúmeros problemas, inclusive sobre o sofrimento mental, podendo contribuir para a quebra de preconceitos e estereótipos acerca da 'loucura' (BRASIL, 2003). Considera-se, pois que o ACS tem a potencialidade de fortalecer a interação entre a comunidade e os serviços locais de saúde, e suas ações são fundamentais no processo de acompanhamento às pessoas em sofrimento mental.

Por esse motivo, o projeto "Ações em saúde mental por Agentes Comunitários de Saúde" enfocará práticas desenvolvidas por estes profissionais em relação à pessoa com sofrimento mental, como forma de contribuir para o debate sobre a necessidade da articulação entre saúde mental e rede básica.

Consideramos relevante lançar um 'olhar' sobre as ações de saúde mental desenvolvidas por ACS no âmbito da Atenção Básica, pois, entende-se que pesquisas desenvolvidas com essa temática poderão fornecer subsídios relevantes para a construção de políticas públicas em saúde mental voltadas para as reais necessidades da população, contribuindo para nortear o plano de ação do gestor municipal e favorecendo intervenções que objetivem a melhoria da atenção proporcionada às pessoas em sofrimento mental, por meio de profissionais da Atenção Básica, especialmente os ACS.

A importância deste estudo é poder contribuir para o avanço da Reforma Psiquiátrica, especialmente no Sertão da Paraíba, pois compreendemos que os ACS, por serem moradores da comunidade, são mais sensíveis e conhecedores da problemática da população, podendo favorecer a integralidade das ações de saúde e promover mudanças efetivas e duradoras. O resultado da pesquisa ao ser socializado possibilitará um repensar as práticas no campo da saúde mental.

O presente trabalho tem como objetivo conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde em relação às pessoas com sofrimento mental, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, e, especificamente, listar as ações de saúde mental desenvolvidas pelos ACS; verificar as principais dificuldades enfrentadas pelos ACS para o desenvolvimento de ações de saúde mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Relatório sobre a Saúde no Mundo da OMS e OPAS (2001) evidencia com clareza o impacto dos transtornos mentais sobre a sociedade, sendo considerado um problema universal, afetando pessoas de todos os países, sociedades, classes sociais e em todas as idades.

Em 1990 os transtornos mentais eram responsáveis por 10% do total de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). Essa proporção chegou a 12% em 2000. Projeta-se, para até 2020, um crescimento da carga representada por esses transtornos para 15% do total. Dentre os transtornos mais comuns, que causam incapacidades graves destacam-se: depressão, transtornos decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos da infância e adolescência, retardo mental e doença de Alzheimer (MENDES, 2008).

Estima-se em 20% a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira. Pesquisas epidemiológicas em diferentes regiões brasileiras encontram prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam entre 19 e 34 %, dados que ainda são representativos nos dias de hoje (ALVES, 2007).

Segundo Medeiros (2006), os estudos epidemiológicos na área de saúde mental ainda são vistos como incipientes e pouco utilizados na elaboração de políticas públicas, ações de saúde, planejamento dos investimentos e programas de promoção e reabilitação social para as pessoas em sofrimento mental.

Nessa perspectiva, Mello & Kohn (2007) *apud* (SANTOS, 2008) reconhecem a importância de que políticas, intervenções ou programas sejam baseados em informações derivadas de estudos em saúde mental, realizados no próprio país, permitindo colaborações proveitosas entre pesquisadores, gestores, profissionais, usuários e familiares. Esse é o fato de ter trabalhado até então com a definição de doença e, como consequência, ter-se projetado para planejamentos de ações visando ao adoecimento e nunca à saúde, à prevenção de doença e à promoção da saúde.

2.2 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção à saúde no plano assistencial, o Ministério da Saúde, criou o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), baseado em experiências exitosas realizadas na região Nordeste, com ênfase sobre os índices de morbimortalidade infantil, configurando-se para a reorganização dos serviços de saúde e a reorientação das práticas profissionais na Atenção Primária em Saúde (ANDRADE; BARRETO; FONSECA *et al*, 2004). A ESF é considerada um dispositivo dos sistemas municipais de saúde, uma vez que integra atividades em uma área delimitada, facilitando à população cobertura por esse nível de atenção e co-responsabilidade (ANDRADE, BUCHELE, GEVAERD, 2007).

Brasil (2004) tem buscado desenvolver por meio do PSF e dos serviços substitutivos em saúde mental a resolução de problemas de saúde da população no que diz respeito à saúde mental. Os casos de maior gravidade têm sido o foco nos atendimentos dos serviços em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, os Hospitais Psiquiátricos e os casos menos graves são elementos no cotidiano de trabalho na atenção básica.

“A ESF é a porta de entrada do sistema único de saúde, trabalhando de forma integrada com a atenção primária, constituindo como uma das principais parceiras nas ações de saúde mental” (AMARANTE, 2007, p.13).

A Atenção Básica, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), tem freqüentemente, se deparado no cotidiano de suas práticas com os problemas de “saúde mental”. Pelo fato de as Unidades Básicas estarem próximas das famílias e, portanto, das comunidades em que estão inseridas, estes dispositivos de saúde se tornaram uma estratégia importante no cuidado ao portador de transtorno mental. No momento atual, em que a atenção básica e a saúde mental devem se colocar em estreita vinculação, como espaços de trocas afetivas, saberes e práticas criativas e reflexivas; a prática cotidiana dos profissionais mostra-se permeada por fragilidades e contradições: despreparo da equipe de saúde para lidar com o usuário em sofrimento psíquico e as necessidades subjetivas do cotidiano; medicalização dos sintomas e fragilidade do sistema de referência e contra-referência (BRÊDA *et al.*, 2005).

Concordamos com Andrade *et al* (2007), quando afirmam que é pela inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica que será possível encontrar um caminho para superar o problema da acessibilidade nesse campo de saber e de prática.

No Brasil, na área da saúde coletiva, a atenção básica vem, paulatinamente, tornado-se uma cenário importante nas intervenções em saúde mental, decorrente da necessidade de produzir ações focadas no eixo territorial. Assim, como postulam os trabalhos de Sampaio e Barroso (2001), Casé (2001), Silva *et al* (2001), De Andrade *et al* (2007), Dimenstein (2005),

Caixeta e Moreno (2008), Caçapava e Colveiro (2008), Silveira *et al*(2008), entre outros, a ESF se configura como campo de práticas e produção de novos modos de atenção em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados culturalmente sensíveis dentro dos princípios da integralidade e da territorialidade.

A ESF vem se mostrando um instrumento vigoroso no processo de transformação da atenção em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família, profissional, e comunidade. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, vítimas de violência doméstica, tentativas de suicídio e diversas outras formas de sofrimento mental (BRASIL, 2007a).

Observa-se também a limitação de ações pautadas apenas na execução dos programas ministeriais. As ações de saúde mental que são eventuais na ESF, não apresentam estrutura adequada de atendimento e por isso não há sistematização para um atendimento de qualidade. Dessa forma, é possível afirmar a necessidade da qualificação dos profissionais da ESF para que o direcionamento dessas ações seja intencional, com criatividade e sensibilidade, aliados à renovação do conhecimento para a efetivação de um atendimento de base comunitária.

As edições das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), nas últimas décadas, têm originado propostas que vão ao encontro dos princípios norteadores do cuidado à saúde delimitada no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase em uma atenção integral e de qualidade, que proporcione acolhimento, autonomia, cidadania e inclusão social.

De acordo com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, as políticas a serem desenvolvidas nessa área devem ser consideradas como prioridade de saúde pública no país, assim como os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental, com orientação inserida nos respectivos planos municipais de saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade. A reorientação desse modelo assistencial deve estar em consonância com uma concepção de saúde como processo, na perspectiva de produção de qualidade de vida, com ênfase primordial em ações integrais e promocionais de saúde.

A IV CNSM realizada em Brasília, no período de 27 de junho a 1 de julho de 2010, com o tema “*Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*”, permitiu reunir não só setores diversificados e diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, representou um avanço importante em relação às conferências anteriores, e reafirmou o campo da saúde mental como

intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional, intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Reafirmou de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da Reforma Psiquiátrica, como a superação do modelo asilar, a construção de uma rede substitutiva diversificada: CAPS, serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência, leitos para saúde mental em hospitais gerais e articulação saúde mental e rede básica. Além disso, a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental e seus familiares (BRASIL, 2010).

Espera-se que com estas novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental os cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica sejam definitivamente colocados na perspectiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Neste contexto, em concordância à Reforma Psiquiátrica, França e Viana (2006) salientam que a desconstrução do antigo modelo de psiquiatria manicomial só ocorrerá por meio de ações de humanização dos serviços e da desinstitucionalização dos usuários. Além disso, é necessária a efetivação de estratégias juntamente com as famílias e com a comunidade para o tratamento dos portadores de transtornos mentais nas unidades de saúde, a fim de se evitar o abandono destes. A Atenção Básica deve propiciar aos sujeitos portadores de transtorno mental um espaço de prevenção, de promoção e de reabilitação, com o intuito de retirá-los de uma posição passiva para uma ativa e criadora.

2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL

As ideias que hoje constituem a base da atenção primária no país entraram em vigor a partir de 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Era uma proposta de caráter emergencial e transitório, funcionando sob lógica da “prevenção, voltada a informação de noções básicas de higiene para o atendimento materno infantil e controle através de registro da população atendida por visitas domiciliares” (LIMA; MOURA, 2005, p.116).

No início de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, tendo como preceitos organizadores e operativos a descentralização e hierarquização das ações, a vigilância à saúde, a territorialização e adscrição de uma dada clientela. Além disso, uma atuação pautada em equipe multiprofissional composta por médico e enfermeiro generalistas, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quadro a seis ACS (BRASIL, 2001).

Conforme previsto, o PSF acabou aglutinando o PACS e incorporando os agentes de saúde. A lógica da Política Nacional de Atenção Básica/ PNAB preza por uma atuação dos

profissionais de saúde em perspectiva interdisciplinar, preconizando ações conjuntas nos quais os saberes e as especialidades se entrecruzam e por um relacionamento com o usuário pautado na escuta das suas necessidades para além da oferta de respostas técnicas pré-elaboradas. Um dos principais personagens no processo de efetivação do elo entre a ESF e o usuário de saúde mental é o ACS (BRASIL, 2000; NUNES; JUCA; VALENTIN, 2007).

Dessa forma, é lícito resgatar que os ACS possuem amparo legal para sua atuação, por meio da Lei 10.570 de 10 de julho de 2002, que criou a profissão e estabeleceu os requisitos para seu exercício: residir na área de abrangência em que for atuar; realizar o curso de formação de ACS e ter concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2002).

Esses profissionais devem assumir inúmeras atribuições, dentre as quais se destacam: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, estando em contato permanente com estas; desenvolver ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; e orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis (BRASIL, 2006b).

Com relação ao papel do ACS no que diz respeito a ações de Saúde Mental, não existem definições claras por parte da política de saúde. Tal ausência de definições não invalida a possibilidade da existência e do exercício destas ações. Entende-se que tanto no campo da Saúde Mental como da Atenção Primária à Saúde a participação da comunidade é princípio básico; e se o ACS está situado no ponto de intercessão entre comunidade e serviço, este profissional pode constituir-se como um agente de saúde mental.

O ACS tem, devido à sua inserção no território, a possibilidade de promover mudanças que realmente sejam duradouras e promovam a integralidade, com a sua visão ampla das necessidades de saúde do usuário, família e conhecimento do contexto social.

O grupo dos ACS mostra um trânsito mais cotidiano com famílias que têm algum membro com problema mental e, talvez por morarem na comunidade, tentam formas de lidar de modo mais contínuo com esses casos (NUNES, 2007).

3 PERCUSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório. Para Gil (2002), esse tipo de pesquisa tem como principal finalidade proporcionar um maior vínculo de aproximação com o problema, objetivando torná-lo mais visível ou levantar hipóteses. Envolve o levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado ou a análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Quanto à forma de abordagem do problema, é de natureza qualitativa.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações de natureza diferente da pesquisa quantitativa, que lida com variáveis, dados matemáticos, equações, estatísticas (MINAYO, 2003, p. 19).

3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em três Unidades de Saúde da Família, sendo duas urbanas e uma rural, do município de Pombal / PB. A escolha dessas unidades justifica-se pelo fato de estarem localizadas em áreas mais populosas e carentes deste município.

O município de Pombal - PB está situado há 6°46'13" de latitude sul e 37°48'6" de longitude oeste. Está inserido na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, definida pelo Ministério da Integração Nacional em 2005. Esta delimitação tem como critérios o índice pluviométrico, o índice de aridez e o risco de seca (IBGE,2010).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, em 2010 o município contava com uma população de 32.443 mil habitantes, distribuídos em uma área de 889 km². O município tem 10.825 domicílios residenciais. A economia é denominada pela agricultura, comércio e algumas fábricas. Tem uma taxa de crescimento anual de 1,86%; possui o 15º Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Paraíba; e a expectativa de vida da população é em média 66,2 anos.

Segundo a Secretaria de Saúde, atualmente a cidade de Pombal apresenta 11 Unidades de Saúde da Família, sendo oito localizadas na zona urbana do município e três na rural. Cada unidade contém em média um enfermeiro, um médico, um dentista, dois técnicos de Enfermagem e seis ACS.

A rede básica do município de Pombal atualmente conta com 76 ACS. Os sujeitos da pesquisa foram 16 ACS que trabalham nas ESF. A focalização nesse grupo deve-se ao fato destes comporem uma categoria que diariamente mantém contato com a população, podendo identificar possíveis agravos à saúde mental. Na primeira etapa da pesquisa foi trabalhada a caracterização dos sujeitos através do perfil social. Na segunda etapa optou-se trabalhar com as narrativas dos profissionais.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Com relação aos critérios de inclusão desses profissionais neste estudo, determinou-se que todos os participantes:

- Respondam esse instrumento em somente um encontro.

Critérios de Exclusão:

- Menos de seis meses de vinculação ao serviço.

3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Foi utilizado um roteiro de entrevista semi- estruturada contendo questões objetivas referente aos dados pessoais/profissionais no qual foi dado ênfase ao sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade e o tempo de experiência na ESF e questões que nortearam as narrativas em direção aos objetivos do estudo (APENDICÊ A).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realização de coleta de dados, foi solicitado à autorização a Secretaria Municipal de Saúde do município de Pombal-PB, para desenvolver a pesquisa nas referidas unidades. Após a explicitação dos objetivos do trabalho e a autorização da secretária, foi iniciada a pesquisa de campo. A coleta dos dados ocorreu em outubro de 2011, após apresentação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A entrevista foi feita pela pesquisadora nas residências dos ACS, de acordo com as suas disponibilidades.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados no programa *Microsoft Office Excel 2007*, com apresentação por meio de gráficos e quadros.

Os dados qualitativos foram analisados pelo método de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática (BARDIN, 1977). A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo das narrativas dos entrevistados justifica-se por sua pertinência à análise do material produzido, por meio de entrevistas semi-estruturadas, por ser “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977, p. 153). Esta técnica de análise possibilita compreender e inferir novos conhecimentos através das narrativas dos sujeitos.

O primeiro passo para a organização do material foi a transcrição das entrevistas realizadas pela pesquisadora, resultando em textos. Em seguida, foram realizadas leituras flutuantes destes textos e extraídas informações que tornaram possível conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas pelos ACS em relação às pessoas com sofrimento mental, no âmbito da ESF.

A partir desta contextualização, novas leituras permitiram perceber as conexões e transitar entre falas dos sujeitos do estudo e a fundamentação teórica, permitindo estabelecer a categorização dos seguintes temas: Ações em saúde mental, Dificuldades de trabalho com usuário com transtorno mental.

Para preservar a identidade dos profissionais, foram usados identificadores para a enumeração das entrevistas, por exemplo, ACS₁, ACS₂, ACS₃...ACS₁₆, em relação aos Agentes Comunitários de Saúde das ESF.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) com o nº de protocolo: 0511.0.133.000-11

Os informantes, no momento de realização da entrevista, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), obedecendo aos aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, como por exemplo, a garantia do sigilo e a liberdade da recusa ou retirada do seu consentimento em qualquer fase da pesquisa (BRASIL, 1996).

Para tanto os sujeitos do estudo foram categorizados em suas narrativas através da codificação ACS₁ à ACS₁₆ na preservação do anonimato dos mesmos.

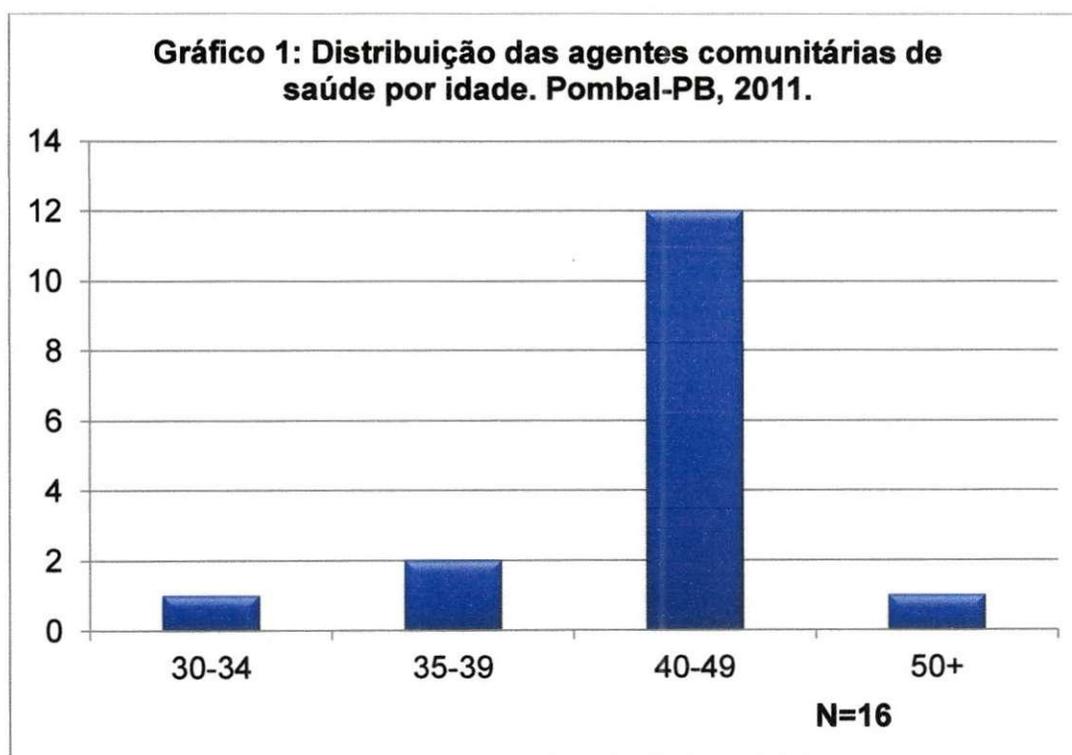
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram entrevistadas 16 (100%) das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que atuam nas três Estratégias de Saúde da Família do município de Pombal- PB. Os sujeitos deste estudo, em sua totalidade, são do sexo feminino.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da saúde são importantes para se obter informações mais amplas do perfil dos integrantes desses serviços (COTTA *et al.*, 2006).

Com relação à faixa etária o gráfico um demonstra que 87,5% das ACS estão entre 35 e 49 anos. De acordo com os resultados, pode-se afirmar que os sujeitos deste estudo são pessoas adultas em pro- atividade.

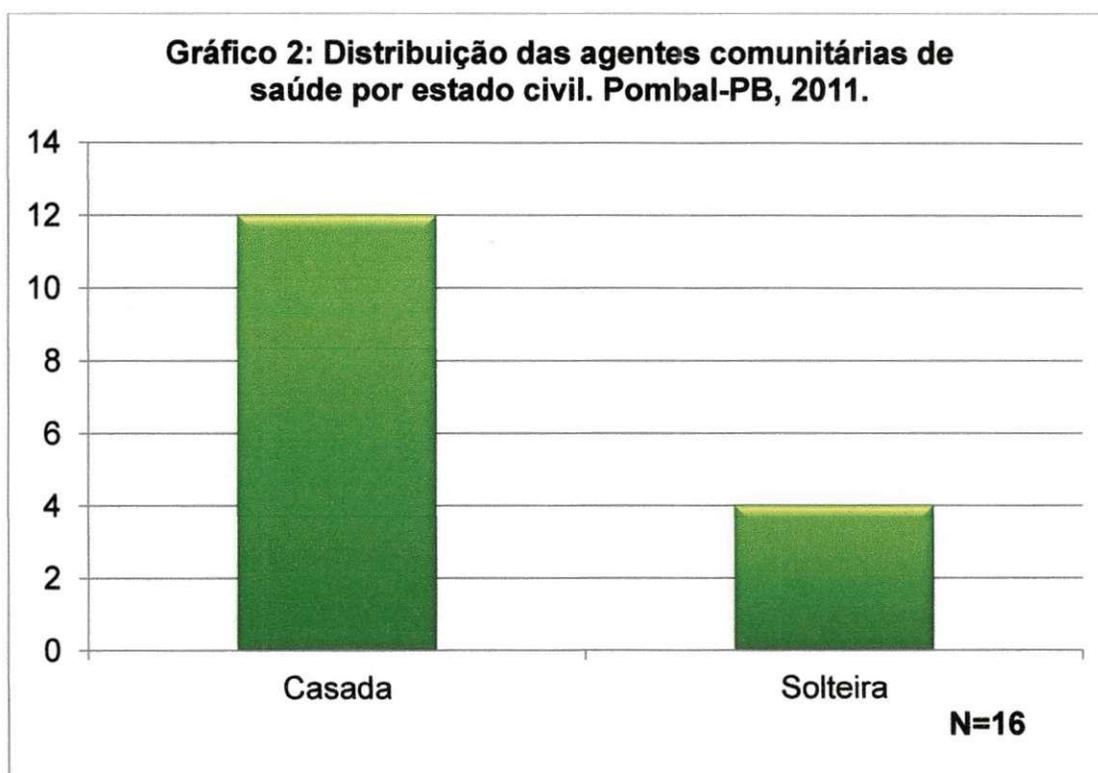


Fonte: Entrevistas A média de idade entre os Agentes Comunitários de Saúde foi de 42,4 anos.

No que se refere ao estado civil 75% das ACS são casadas. Desta forma, é possível supor que possuam companheiros e as tarefas domiciliares sejam realizadas pelas agentes, acumulando várias funções (mães, esposas, do lar e profissionais).

Historicamente há relatos de mulheres como cuidadoras desde o Antigo Testamento Bíblico. Na Idade Média, a imagem da mulher como cuidadora estava relacionada à religiosidade, o que pode ter suscitado maior adesão ao cuidado pelas mulheres (NAUDERER, *et al* 2005).

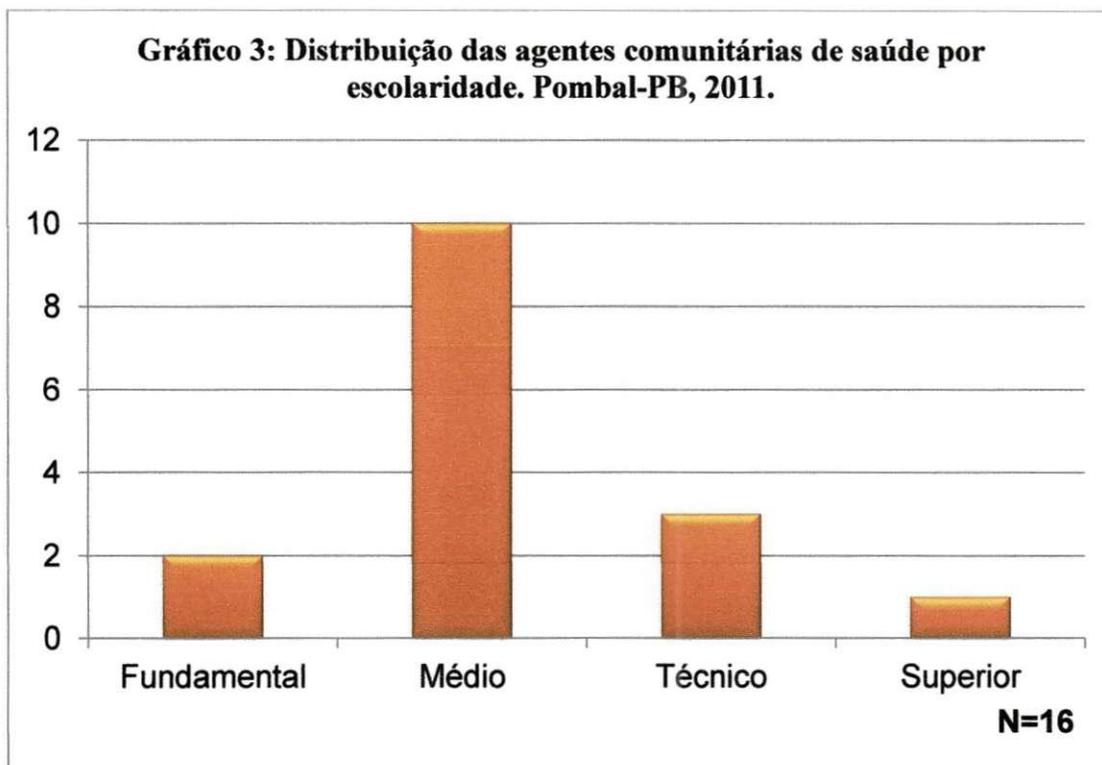
Médice (1989) apud Costa, Lima, Almeida (2003), em seu estudo sobre a força de trabalho em saúde, afirma que vem ocorrendo o crescimento do trabalho feminino no setor de saúde, nos últimos dez anos.



Fonte: Entrevistas

A escolaridade é um índice usado para medir um nível de desenvolvimento pessoal de uma determinada população. No gráfico 3, 62.5% das ACS concluíram o ensino médio. A ocorrência da escolaridade média representada por mais da metade dos ACS, auxiliará na compreensão das dificuldades de interpretação sobre as ações descritas nas entrevistas.

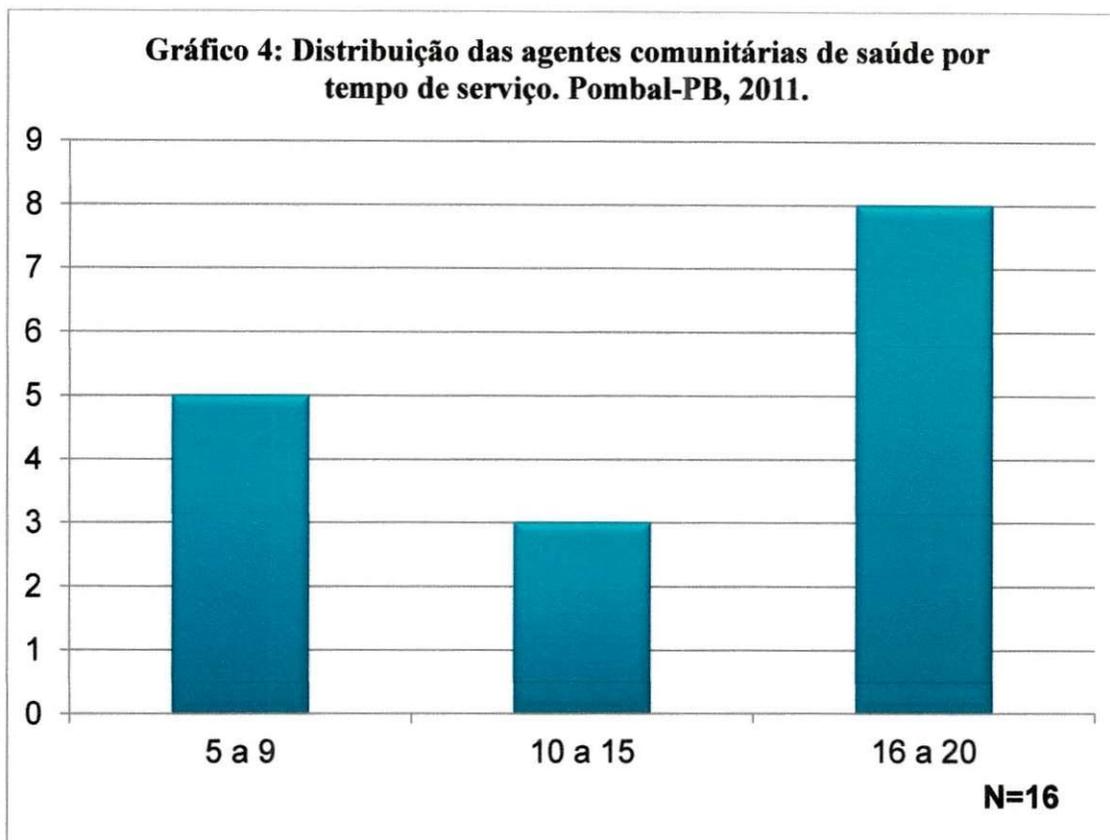
É exigido o ensino fundamental para a contratação dos ACS. Nesta pesquisa a maioria dos profissionais possuem o ensino médio completo, o revela que os mesmos possuem um nível de instrução satisfatório.



Fonte: Entrevistas

É perceptível a influência do tempo sobre a atuação no trabalho dos profissionais. O tempo que os sujeitos trabalham como ACS reflete a interação que eles estabelecem com as atividades e a visão que adquirem através do trabalho que desenvolvem. Portanto, o que a pessoa faz e o tempo que ela exerce determinada profissão influencia a sua percepção e interação com o mundo (NAKAGAWA, 2007).

O gráfico 4 revela que 68,75% dos ACS trabalha nas ESF com tempo de 10 à 20 anos de serviço.



Fonte: Entrevistas A média de tempo de serviço entre os Agentes Comunitários de Saúde foi de 14,1 anos.

Corroborar-se com Sousa e Silva (2004), ao afirmar que a experiência acima de seis meses na ESF é de grande importância para a construção dos dados de um estudo qualitativo, uma vez que nesse intervalo o profissional já tem condições de adquirir informações básicas a respeito do município e da população atendida na área de abrangência da sua ESF.

As ACS residem no bairro onde trabalham o que possivelmente possibilita um conhecimento amplo dos moradores da comunidade, dos recursos, da história do local, bem como dos problemas enfrentados pelas famílias.

4.2. AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

O trabalho em saúde mental na ESF representa um recurso importante para o enfrentamento dos vários problemas de saúde pública com os agravos vinculados a várias formas de sofrimento mental (BRASIL, 2005). Nesta perspectiva, é fundamental a intercessão, o diálogo saúde mental e atenção básica.

As ACS em seus discursos refletem algumas ações desenvolvidas na ESF que quando realizado abrange o uso de tecnologias leves, como podemos ver no Quadro 1. São com essas práticas ainda incipientes, porém relevantes que esses trabalhadores de saúde conquistam a confiança e estabelece o vínculo com o usuário, à família e a comunidade, constituindo-se em possíveis agenciadores na execução de ações contextualizadas com as novas propostas de trabalhos em saúde mental (CABRAL, *et al*, 2009).

QUADRO 1: AÇÕES DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

ACS	RESPOSTAS
1	Encaminhamento e supervisão da medicação
2	Acompanhamento e orientação a família
3	Visita domiciliar e encaminhamento
4	Supervisão da medicação e encaminhamento
5	Visita domiciliares escuta ao usuário e a família
6	Agendamento de consultas clínicas e encaminhamento
7	Visita domiciliar, acompanhamento e encaminhamento
8	Supervisão da medicação e agendamento de consultas
9	Identificação e orientação para procurar o CAPS
10	Visita domiciliar a família
11	Supervisão da medicação e encaminhamento
12	Acompanhamento e orientação a família
13	Visita domiciliar a família
14	Supervisão da medicação e encaminhamento
15	Acompanhamento e orientação a família
16	Encaminhamento e supervisão da medicação

As ações mais desenvolvidas por esses profissionais são: encaminhamento, acompanhamento e a supervisão da medicação. Observe o relato a seguir:

“Levo a equipe do PSF para visitar e depois encaminha para o CAPS e fico sempre visitando pra saber se tá tomando a medicação ou se tem um problema clínico” (ACS1).

“Vou sempre na casa pra saber se tá tomando o remédio, se tá fazendo o tratamento direito” (ACS 2).

Com a sensibilidade vinda do contato constante com a população, do conhecimento da cultura local, da dinâmica das famílias e da comunidade, o ACS passa a ter o papel de referência para as situações que envolvem a saúde mental (SOUSA, 2007).

Modesto e Santos (2007) abordam a identificação e o encaminhamento como sendo a importância da atuação dos ACS detectando precocemente os casos e encaminhando-os para o CAPS.

Esta prática de encaminhamentos do usuário para outros serviços nos remete ao questionamento da resolubilidade do trabalho desenvolvido na atenção básica, deixando explícito que as equipes das Unidades Básicas de Saúde se consideram impotentes frente à problemática do sofrimento mental para uma resposta efetiva, favorecendo a superlotação dos serviços especializados, por vezes transformando os CAPS em serviços ambulatoriais. Exige-se a superação das prescrições e encaminhamentos para uma prática que privilegie a interação, a comunicabilidade entre UBS e os serviços especializados, favorecendo uma co-responsabilização pelo usuário em sofrimento mental.

Gomes (2006) descreve o modo de acompanhamento das pessoas com transtorno mental, através de entrevistas com ACS em que todos os entrevistados acompanham portadores de transtorno mental em sua área e utilizam a visita domiciliar sendo uma atividade uma atividade que faz parte da rotina desses profissionais.

Nesse sentido, a fala a seguir é elucidativa:

“(...) Eu acompanho, tenho uma menina na minha área que está sendo acompanhada pelo CAPS. Desde quando ela começou a fazer o acompanhamento, ela nunca mais teve a crise. E eu não deixo ela esquecer. Sempre que eu vejo ela(...) passo lá na casa dela, eu lembro a ela. E eu vi que desde que a gente passou a acompanhar ela mais, que ela passa a ir mais no psiquiatra, tomar o remédio dela direito, ela está ficando melhor.” (ACS 10).

Nota-se nesta fala o processo de acompanhamento (que parece ser diário), onde a ACS zela pela manutenção da melhora da usuária ao lembrá-la de freqüentar as consultas com o psiquiatra e também retrata a necessidade do controle da medicação. Podemos considerar que não se trata de um desempenho burocrático do ACS no cumprimento do dever. Ao contrário, parece haver um importante vínculo entre ACS e usuário no qual a lembrança da consulta desempenha um papel central. Nas falas já citadas é perceptível que o ACS tem consciência do vínculo estabelecido entre a comunidade e a assistência e que é através destes profissionais que a comunidade tem acesso as informações e aos profissionais de saúde.

Dalla Vecchia e Martins (2008) defendem a mesma ideia, pois afirmam ser essencial promover a valorização e qualificação da escuta do sofrimento psíquico pelo ACS no território, dentre outras ações que invistam na constituição de vínculos, na ampliação da co-responsabilização e do acolhimento entre equipes de saúde e família.

A confiança nas ACS está relacionada à valorização de sua presença constante e cotidiana no território, que é fundamental para o estabelecimento de vínculo com os usuários, favorecendo a melhora no processo de cuidado de seus membros.

Furlan (2005) tece críticas ao fato das ações dos ACS ficarem limitadas à realização de papéis como: o trabalho em equipe é valorizado por parte dos ACS, que vê com a ajuda dos outros profissionais certo auxílio para realização do seu trabalho. Porém, nota-se que os outros profissionais entram em ação para resolver o “problema” encontrado pelo ACS, sendo esse muito mais um “encaminhador” das demandas espontâneas.

Podemos afirmar que os ACS são convocados por profissionais da ESF para a realização de visitas domiciliares conjuntas, pois esses profissionais consideram que o contato constante do ACS com os usuários em suas residências facilita a abordagem. Conforme podemos constatar na fala seguinte:

“(...) quando percebo que nem o usuário nem a família se interessa em procurar o médico psiquiátrica (...) eu levo o médico na casa do usuário.” (ACS₈).

A fala da ACS demonstra que o trabalho em equipe traz benefícios à comunidade na medida em que entrelaça saberes diversos de cada profissional envolvido, o que contribui para uma visão do ser humano de forma interdisciplinar.

“A necessidade da interdisciplinaridade é decorrente da insuficiência de cada “olhar” em separado para compreender a complexidade do real” (OLIVEIRA *et al*, 2000, p.588). As autoras enfatizam ainda que no campo da saúde mental o adoecer psíquico não é um fenômeno homogêneo, simples, mas complexo, a loucura é vista como uma teia de eventos biológicos, sociais, culturais e políticos, o que requer multiplicidade de olhares dos diferentes profissionais.

A maioria destes profissionais acredita que quando a família recebe orientações de como lidar com a pessoa em sofrimento mental compartilha seus problemas, seus valores e representações, constituindo-se um pilar importante no processo de cuidado em saúde mental. Como exposto nesta fala:

“Visitando, escuto o sofrimento do paciente, converso sobre a situação com a família, oriento a melhor forma possível para eles entenderem” (ACS₄).

Constata-se nos depoimentos anteriores a importância do contato direto das ACS com a comunidade, pois através das visitas domiciliares é que serão levantados os problemas e repassados à equipe, em busca de soluções, propiciando uma atenção integralizada.

A integralidade envolve a abrangência de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, assistindo o indivíduo na comunidade, percebendo-o na sua totalidade mente-corpo. Ademais, compreende o processo de adoecimento como evento que repercute na realidade existencial do sujeito (SILVA, 2009). Portanto, o conceito de integralidade como princípio norteador das práticas exige a superação da fragmentação do saber.

Estudos apontam a importância do trabalho do ACS e o alcance de suas ações na melhoria da qualidade da atenção à saúde, com reduções nas taxas de morbidade e mortalidade, bem como na aproximação do serviço de saúde com o usuário, por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2001-b). As visitas domiciliares permitem uma relação mais estreita entre profissional e família, sendo um instrumento para conhecer o contexto social.

Com isso aumenta o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, pois a ACS identifica-se com a cultura, a linguagem e os costumes de sua própria comunidade, fazendo com que ele tenha mais conhecimento das dificuldades e dilemas enfrentados pelos moradores, o que, em certa medida, contribui para a melhoria da atenção.

Nogueira *et al* (2007) enfatizam que o ACS é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios da comunidade, entre as necessidades de saúde, o saber popular da comunidade e o saber científico da equipe, desempenhando o importante papel de mediador social.

Nessa perspectiva, Brasil (2004) salienta que as ações em saúde mental na atenção básica devem estar ancoradas nas necessidades de cuidado do usuário e da família, ressaltando a importância da criação de vínculos e a prática cotidiana do acolhimento. Estas ações devem estar pautadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, com ênfase nas seguintes noções:

[...] a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares. (MINISTÉRIO DASAÚDE, 2004, p.79).

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica o apoio matricial constitui uma importante estratégia para desenvolver a integralidade de atenção que tem sido articulada junto aos gestores locais, e cada vez mais os municípios têm aderido a esta proposta. Uma forma de implementar o apoio matricial é através dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que desde janeiro de 2008, há regulamentação para a formação destas equipes, por meio da Portaria nº 154. O município de Pombal- PB atualmente é composto por um NASF, este sendo implantado em 2011.

4.3 DIFICULDADES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Os ACS relatam dificuldades no processo de atenção às pessoas com sofrimento mental como podemos ver no quadro a seguir, que certamente não abarcam todos os problemas vivenciados nesta atenção, mais dão indícios de rumos e recomendações.

QUADRO 2: DIFICULDADES DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

ACS	RESPOSTAS
1	Falta de capacitação
2	Não adesão a medicação e a falta de apoio da equipe
3	Falta de capacitação e de apoio dos profissionais da equipe
5	Família como barreira para realização de algum trabalho em saúde mental
6	Falta de apoio da equipe de saúde e de uma capacitação
7	Falta de capacitação e de Profissionais
11	Medo
12	Falta de capacitação
13	Falta de interação da equipe e de uma capacitação
14	Quando o usuário está em crise tenho medo
16	Família como barreira para realização de algum trabalho em saúde mental

Nesse contexto evidenciam-se os seguintes relatos:

“Como só tenho esse caso na minha área (...) sinto muita dificuldade, só faço a visita a casa dele acompanhada de meu marido (...) ele é agressivo e enxerido” (ACS₁₀).

“Tenho um caso que o usuário é agressivo, tenho medo e converso com a mãe no terraço, não entro na casa” (ACS₁₃).

“Sinto dificuldade no caso da família esconder o caso e não aceitar que a gente oriente (...) não toma a medicação de forma correta, nesse caso nem sei o que fazer, fico muito preocupada com essa situação” (ACS₅).

“A dificuldade que eu sinto é quando ele está em crise, não sei o que fazer (...) (ACS₁₄)

Brasil (2004) afirma que a Unidade Básica de Saúde encontra com frequência, em seu cotidiano, problemas de saúde mental. As UBS situam-se próximas às famílias e inseridas na

comunidade em que atuam, portanto, quanto ao trabalho com o usuário de transtorno mental há a necessidade de uma preparação profissional, pois carecem de qualificação, principalmente com base em um modelo biopsicossocial. Desse modo, podemos afirmar que, além das dificuldades dos usuários nesta adesão, há também as dificuldades encontradas pelos profissionais no campo de trabalho em saúde mental.

Em alguns relatos ficam explícitos sentimentos de medo de serem agredidos fisicamente, de usuários de substância química, de pessoas isoladas da sociedade. As ACS apontam que sentem dificuldade em atender as demandas desse grupo, além de temerem por sua integridade física e psicológica. Essa situação acaba por responder, por grande parte do absenteísmo, problema comum junto ao referido grupo de profissionais.

Foucault (2003), afirma que a loucura durante muitos séculos, esteve intimamente ligada à ideia de perigo. As pessoas acometidas pela doença eram retiradas do convívio social e inseridas nos hospitais, a fim de deixar a comunidade “limpa”. Além disso, o portador de transtorno mental era considerado pela Igreja como aquele que necessitava de exorcismo, pois carregava o “sinal diabólico”.

A conquista da Reforma Psiquiátrica ganhou dimensões significativas no tocante à cidadania, a autonomia, ao tratamento de base comunitária e territorial, nota-se que algumas ACS tem medo em lidar com as pessoas em sofrimento mental, podendo perceber como estes ainda são estigmatizados.

Sendo assim, nota-se no imaginário das ACS que o usuário com transtorno mental é visto como uma pessoa perigosa, excêntrica, estranha, desorientada e incompreensível. Colocar o outro no lugar de inferioridade favorece a estigmatização social, aumentando a tendência ao isolamento. Esta forma de se relacionar com o portador de transtorno mental está associada a pressupostos constituídos historicamente a partir da lógica manicomial, “hospitalocêntrico” (OLIVEIRA; OLIVEIRA; 2011).

A família se torna intermediária nesse trabalho, frente a dificuldade ao desconhecimento das ACS em desenvolver ações efetivas para o desenvolvimento integral do cuidado ao portador de sofrimento mental. Tal modo de consideração do usuário no trabalho do ACS traz, em linhas gerais, conflitos com o cumprimento do papel delegado, a estes profissionais, de contato com a população adstrita. Além disso, no tocante à atenção dada à pessoa com transtorno mental, pode ser relacionado um tipo de trabalho que pode não estar contribuindo para a reabilitação psicossocial, a autonomia e a cidadania dessas pessoas.

Os ACS podem desempenhar ações convergentes para o avanço da Reforma Psiquiátrica e a (re)inserção da pessoa com transtorno mental na comunidade, como ações de

humanização e de acolhimento nos serviços, favorecendo a desconstrução do modelo da psiquiatria manicomial. De acordo com os autores, a atenção à saúde mental não pode ficar rígida, fixa na prevenção de crises, mas deve contemplar a prevenção, de modo que a população adquira novos hábitos e reflita sobre as noções de saúde e doença de modo mais amplo (FRANÇA; VIANA, 2006).

O ACS tem pressa em resolver os problemas e teme adoecer, perde sono pensando nestas situações. Dessa maneira a demora nos encaminhamentos traduz-se uma dificuldade para a atenção em saúde mental.

“Eu tento ao máximo não me deixa levar...no dia que faço a VD, no caso que tenho na minha área, a noite eu não durmo..eu vejo aquela situação e não posso fazer nada. A vontade do ACS é resolver naquele momento, levar a solução” (ACS₁₁).

O impossível de ser realizado como o desejo de ser “super-herói” para resolver todos os problemas, é permeado por sentimentos, como sofrimento e impotência ao lidar com a morosidade e inexistência de serviços de saúde ou outras áreas para encaminhar a situação. Observamos que há entre as ACS uma vontade de receber orientações mais sistematizadas sobre como agir em relação aos casos de saúde mental.

A proximidade dos ACS com a comunidade que é um facilitador para o acesso as famílias, também pode ser um empecilho se a família simplesmente não quiser que a situação de adoecimento mental seja conhecida por esses profissionais.

Qualquer tentativa de tratar a pessoa com sofrimento mental fora do contexto social familiar é limitante, pois os principais passos para a promoção da saúde mental devem ser planejados dentro da realidade concreta da família. Quando uma pessoa apresenta um problema mental, não apenas ela sofre, mas também toda a sua família e, assim todos precisam de apoio e acompanhamento (SARACENO, 1999).

Percebemos que as famílias muitas vezes se tornam uma barreira para a realização de trabalho em saúde mental, por parte dos ACS, pois omite e não aceita que membros de sua família apresentem comportamento diferente, destoante da maioria dos indivíduos. As ACS referem que as famílias demonstram dificuldades em lidar com sofrimento mental, devido aos sentimentos de medo diante do comportamento de crise do paciente, isso repercute diretamente nas relações que o familiar estabelece com o usuário provocando sentimentos de renúncia e impotência frente a problemática vivenciada.

Lancetii (2001) enfatiza que a família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando a ideia da necessidade de os profissionais de saúde prepararem e apoiarem a família, com vistas a seu convívio com o portador de transtorno mental.

“O trabalho com a família deve valorizar a dimensão dos encontros e dos afetos como recurso potenciais para a invenção de novos modos de relacionar-se com a loucura. O trabalho com a família deve intervir no território existencial endurecido, rompendo com as marcas de humilhação e de culpa” (ROMAGNOLI *apud* SEVERO, 2009,p.78).

A ausência de capacitação apropriada para trabalhar nesta área foi justificativa mais referida.

“ Preciso de capacitação, explico o pouco que sei (...)” (ACS₁₆).

“Precisamos de capacitação, de psiquiatras e psicólogos” (ACS₇).

“Não sou capacitada mais, faço o que está no meu entendimento” (ACS₁₀).

De acordo com Gonçalves (2002) um dos maiores desafios no cuidado de saúde mental é a capacitação das equipes tanto da rede básica quanto dos serviços especializados, para pensarem e agirem respaldado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A qualificação do profissional da ESF em saúde mental torna-se difícil, inicialmente por falta de iniciativa dos próprios profissionais em buscar conhecimentos e práticas que viabilizem o atendimento. Eles ficam à margem da Reforma Psiquiátrica, não acompanhando as mudanças práticas que o movimento trouxe. Outra preocupação é o descontentamento de alguns profissionais, que exprime ausência de um planejamento que contemple as necessidades exigidas para execução de uma política de saúde mental. O que foi observado é que as ACS do município não possuem conhecimento respaldado teórico nesse campo do saber, dificultando um trabalho ancorado no acolhimento, vínculo, escuta e humanização.

Elas indicam que há necessidade de auxílio de outros profissionais e que conseqüentemente encontram dificuldades na integralidade da equipe. Isso mostra que os ACS, mesmo ante as dificuldades no seu trabalho, vislumbram ainda algo além da dimensão profissional. Atribuem a falta de apoio do resto da equipe e a debilidade do SUS em proporcionar formas alternativas de cuidado nesse nível de atenção.

Quando um ACS se depara com o fato de precisar de outros profissionais, pode-se afirmar que a integralidade não está ocorrendo. Como se evidencia na fala seguinte:

“Quando sinto dificuldade levo o caso para o enfermeiro, e falo que tem esse problema na minha área, daí ela me aconselhou a perguntar para essas pessoas se elas já são encaminhadas, porque são pessoas na verdade que já tomam medicamentos. E o (enfermeiro) falou: ‘encaminha para o psiquiatra’”. (ACS₃)

Desse modo, a necessidade de um trabalho interdisciplinar emerge como importante solução, por outro lado encontramos dificuldades na ocorrência da integralidade. Este fato corrobora a afirmação de Kahhale (2003) com relação às equipes multiprofissionais na rede básica de saúde, varias especialidades foram inseridas, porém mesmo com estas mudanças as equipes ainda têm entrave em atuar de modo interdisciplinar.

É fundamental que os saberes, as práticas e os serviços estejam articulados, de modo a criar um sistema integrado, acessível, efetivo, acolhedor, favorecendo a criação de vínculo, relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços. “Esse vínculo é o que constitui o diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde” (MACHADO; MOCINHO, 2003, p. 161).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família pode ser vista como mediadora no processo de mudança das práticas no campo da saúde mental, bem como um elo para o fortalecimento do SUS, traduzindo-se na melhora da assistência à saúde do cidadão brasileiro. Por meio desta estratégia de atenção busca-se fortalecer o acolhimento, o vínculo e a escuta, resgatando a relação profissionais/usuários, com foco na humanização. Os ACS representam um potencial significativo para efetivação desta articulação, na medida em que se concretizam os objetivos da Reforma Psiquiátrica.

A análise dos resultados deste estudo permitiu entender que, mesmo as ACS sendo moradoras da própria comunidade, apresentam dificuldades no entendimento e no reconhecimento dos transtornos mentais. Essas dificuldades evidenciaram a necessidade de um trabalho de preparação destes profissionais pautado em um modelo biopsicossocial, associada à equipe da ESF, buscando facilitar o contato, os procedimentos e os encaminhamentos adequados, na perspectiva da integralidade.

Sugerem-se algumas ações para facilitar o trabalho das ACS em relação aos portadores de sofrimento psíquico, tais como: disponibilizar ferramentas, tecnologias, conhecimento sobre o processo saúde-doença e implementar políticas públicas municipais que promovam capacitação permanente para estes profissionais, cujo intuito reside na consolidação e universalização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, assim como a complexidade do sofrimento mental, visando aprimorar saberes e formas de lidar nessa seara do conhecimento. Isto possibilitará um aumento da capacidade resolutiva da equipe local, evitando práticas que levem a psiquiatrização e a medicalização, e com isso, proporcionando novos cenários de atuação.

As ACS devem pautar à sua prática em saúde mental com ênfase no desenvolvimento da capacidade de aceitar as diferenças, escutar o outro mesmo em situações de conflito, na possibilidade de reflexões frente ao sofrimento do próximo, desempenhando seu papel na melhoria da qualidade de vida dos usuários, sobretudo, a partir da criação de vínculos e produção de novas subjetividades.

REFERÊNCIAS

ALVES DSN. **Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual: diretrizes e estratégias.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** São Paulo: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, S. R., BUCHELE, F., GEVAERD, D. Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde em Brasil. **Rev. Enfermeira Global**, 2007. Acessado em junho de 2010. Disponível em: www.um.es/eglobal.com.br.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 225p

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF; conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. 210 p.

BRÊDA, M. Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a21.pdf>> Acesso em 10 de julho de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Nº 01, 2003. 7p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 20 de março de 2010.

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

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 3** - ano I, nº3. Informativo eletrônico. Brasília, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_numero_3.pdf> Acesso em 10 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2007a. 78p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 4** - ano II, nº4. Informativo eletrônico. Brasília, 2007. b, 24p. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf> Acesso em 10 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica, n.27, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família**. Editoria do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **A Política de Saúde Mental** do MS, 2004.

CABRAL, C. et al. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) como protagonista de mudanças na Saúde Mental. In: Dimenstein, Magda (org). **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal – RN: Editora da UFRN, 2009.

CAÇAPAVA, R. J; COLVEIRO, L. A. Estratégias de Atendimento em Saúde mental nas Unidades Básicas de saúde. Rev Gaúcha Enfermagem, porto alegre (RS) 2008 dez; Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/Article/7628> Acesso em: 08 de março de 2011.

CASÉ, V. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: **Saúde e Loucura**7. São Paulo: Hucitec, p.121-136, 2001.

CAIXEITA, C. C; MORENO, V. O Enfermeiro e as Ações de saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 10(1):179-188. 2008. Disponível em :<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>. Acesso em: 13 de agosto de 2010.

COTTA, R.M.M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n. 3, p 7-18, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>> Acesso em 13 de junho de 2011.

DIMESTEIN, M. et al. Demanda de Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. **Revista Mental**, Barbacena, vol3, nº 5, nov. 2005, p. 33-42.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. 18.ed.Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FURLAN P. G. **Intervenção “Paidéia” com Agentes Comunitários de Saúde**: Estratégia de Educação Permanente e Apoio Institucional no Contexto das Políticas Públicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2005, 12 p. Artigo (especialização), Especialização em Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde, Campinas: 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A. R. **A Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao Portador de Transtorno Mental** no Município de Marcoce. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 39p. Monografia (especialização). Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral: 2006.

GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. In: LANCETTI, A.(org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. Saúde Loucura; 7.2ed. São Paulo: Hucitec, 2002 s.d.p. 109-106.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2009, tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: Janeiro 2011.

LANCETTI, A. Radicalizar a Desinstitucionalização. In: BRASIL, Ministério da Saúde , Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental, III**, Brasília: 2001. Anais. Ministério da Saúde/Centro de Documentação, 2001. p. 96-100.

LEÃO, F.; SEVERO, A. K; DIMENSTAIN, M. O impacto de serviços substitutivos de saúde mental na vida cotidiana de usuários e familiares. In: *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal, 2009.

LIMA, J.C; & MOURA, M.C.(2005). Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, n. 20.

MACHADO, A.P.C.; MOCINHO ,R.R. Saúde mental: um desafio no programa saúde da família. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 160-170, 2003. Disponível em <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_18saudemental.pdf> Acesso em 14 de junho de 2009.

MELLO, M. F. de; FEIJO DE MELLO, A. de A.; KOHN, R. (orgs.) *Epidemiologia da Saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MYNAIO, M. C. S. **Pesquisa Social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003.

MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. Saúde Mental na Atenção Básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 31, n. 1, p. 19-24, 2007.

NAKAGAWA PY. Reflexão: o sofrimento do trabalhador.2007. Disponível em: <www.palavraescuta.com.br> Acesso em: 15 setembro 2011.

NAUDERER TM, Lima MADS. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev Brasileira Enfermagem**. 2005 Jan/ Fev;58(1):74-7.

NUNES M; JUCÁ V. J.;& VALENTIM C.P.M (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das praticas com os princípios das psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, n. 23.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, N.S, OLIVEIRA F.B **Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica: percepções acerca do sofrimento mental**. Relatório final de pesquisa do PIBIC/CNPq/UFCG; 2011.

OLIVEIRA *et al.* (Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, n.2, p. 110-115, 2011.

OLIVEIRA, F.B.; SILVA, K.M.D.; SILVA, J.C.C. Percepção da prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. (no prelo).

OMS/OPAS - Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde- **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS/ OPAS; 2001.

ROMAGNOLI, R. C. Trabalhando com famílias na rede de saúde da família: dificuldades e desafios. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XVII, n 180.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Cora; 1999.

SALES, A. L; DIMENSTEIN, M. Olhares e ações de Agente Comunitário de Saúde frente à loucura. In: Dimenstein, Magda (org). **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal – RN: Editora da UFRN, 2009.

SEVERO, A. K. et al. **Família e práticas de cuidado em saúde mental**. In : *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal: ED UFRN, P. 69- 80, 2009.

SILVA, J.C.C. **O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família**. Monografia, 51p. Universidade Federal de Campina Grande, 2009.

SOUSA, G.C. **O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: Percepções e Ações na Atenção às Pessoas em Sofrimento Mental**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007, 106 p. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

VECCHIA MD, MARTINS STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico social. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2008;14(1): 93.

APÊNDICES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

I DADOS SOBRE O PERFIL

1. Idade:

2. Sexo: M () F ()

3. Estado civil:

Casado () Solteiro () União estável ()

4. Escolaridade: _____

5. Tempo de serviço: _____

6. Você mora na área de abrangência de atuação?

Sim () Não ()

II QUESTÕES NORTEADORAS

1. Cite as ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas com usuários com transtorno mental, no cotidiano do seu trabalho.
2. Destas ações em saúde mental, quais são as mais importantes para a reabilitação do usuário com transtorno mental?
3. Quais as dificuldades de trabalho com esses usuários?
4. Qual a sua opinião sobre o fato de ACS estarem realizando ações em Saúde Mental?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **Ações em Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos

O presente trabalho terá como objetivo geral: Conhecer as práticas de produção do cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

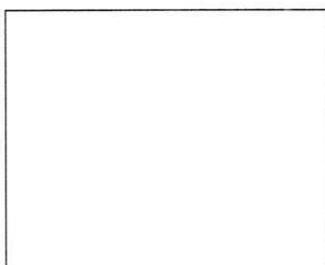
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 86703289 com **Dra. FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA. RESPONSÁVEL JUNTO AO SISNEP.**
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo

com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

-

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

ANEXO

ANEXO A

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE DE APROVAÇÃO SISNEP**

➔ Andamento do projeto - CAAE - 0511.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa				
Ações em Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	13/09/2011 17:24:49	30/09/2011 09:45:21		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	30/09/2011 09:45:21	Folha de Rosto	0511.0.133.000-11	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	13/09/2011 17:24:49	Folha de Rosto	0511.0.133.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	07/09/2011 10:36:33	Folha de Rosto	FR461072	Pesquisador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Darcísia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa