

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Marcelo Noschang Buzzo**

**Ações dos Agentes Comunitários de Saúde às pessoas em sofrimento  
psíquico: uma revisão integrativa**

**Porto Alegre  
2015**

**MARCELO NOSCHANG BUZZO**

**Ações dos Agentes Comunitários de Saúde às pessoas em sofrimento  
psíquico: uma revisão integrativa**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dra. Eglê Kohlrausch

**Porto Alegre**

**2015**

*Dedico este trabalho às minhas filhas, Gabriela e  
Manuela, que me mostraram uma dimensão do amor que  
eu não imaginava que pudesse existir.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, Antônio e Rosa Maria, que me deram a vida, a educação, o amor, que são as bases para que eu pudesse me estabelecer como uma pessoa de bem.

Agradeço às minhas filhas, Gabriela e Manuela, por serem o que de mais maravilhoso houve na minha vida.

Agradeço a minha namorada, Caroline, por todo o amor, o apoio incondicional e por ser um grande exemplo profissional.

Agradeço às pessoas queridas já desencarnadas, que fizeram e fazem parte da minha vida e do que sou hoje.

Agradeço ao meu irmão Rafael e minha irmã Fernanda, pelo carinho e amor. Admiro-os muito.

Agradeço aos meus amigos, pela amizade, apoio e cumplicidade.

Agradeço às pessoas às quais eu cuidei ao longo da caminhada, por confiarem em mim e por serem parte do meu aprendizado.

Agradeço à minha chefe, Dóris, pelo apoio e pela paciência, sem as quais eu não teria conseguido.

Agradeço aos meus professores pelos saberes a mim passados.

Agradeço aos meus colegas de curso, por compartilharem experiências, sofrimentos e conquistas.

Agradeço aos Agentes Comunitários de Saúde das unidades de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Santa Cecília, Cruzeiro do Sul e Nossa Senhora das Graças por compartilharem seus conhecimentos e por serem a inspiração para este trabalho.

Agradeço a minha orientadora professora Eglê Kohlrausch, pela dedicação, paciência, amizade, pelos conhecimentos compartilhados e pelos bons momentos de prosa.

Agradeço a Deus por me dar a oportunidade de passar por este mundo.

*A humildade exprime uma das raras certezas de que  
estou certo: a de que ninguém é superior a ninguém.  
(Paulo Freire)*

## Resumo

O objeto deste estudo foi as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) às pessoas em sofrimento psíquico. Os ACS desempenham um importante papel nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), colaborando na identificação de problemas relevantes no território em que trabalham, dentre os quais os transtornos mentais. O trabalho do ACS, por não possuir um núcleo de conhecimento legitimado, pode ter nas tecnologias leves as principais ferramentas de trabalho. As ações dos ACS devem ser acompanhadas e orientadas pela enfermeira da Unidade de Saúde da Família. Também é de responsabilidade da enfermeira a capacitação do ACS, de acordo com a necessidade local. A Reforma Psiquiátrica e a criação do Programa Saúde da Família caracterizam um cenário privilegiado para transformações das práticas e saberes na área de saúde mental, de modo que a família passa a ser vista como elo no tratamento das pessoas, incluindo ações preventivas e de detecção precoce, que envolvem o indivíduo e sua família. O objetivo desta Revisão integrativa é identificar a produção científica sobre as ações dos ACS na ESF às pessoas em sofrimento psíquico. As informações foram coletadas nas bases de dados LILACS e BDNF, considerando publicações de 1994 a 2014. Este estudo foi construído a partir de artigos em português, incluindo pesquisas de natureza qualitativa e quantitativa, com texto completo, acesso on-line e gratuitos, perfazendo cinco publicações. Os dados foram organizados em quadro sinóptico, e os resultados apresentados em quadros e tabelas. Os achados foram organizados em duas categorias: ações dos ACS e inações. As ações dos ACS às pessoas em sofrimento psíquico foram apresentadas em três áreas temáticas, *“ações dos ACS centradas na pessoa”*, *“ações dos ACS centradas na família”* e *“ações dos ACS centradas no controle de sinais e sintomas da doença”*. Entre as ações centradas na pessoa, surgiram seis ações, dentre as quais a visita domiciliar (80%), escuta e conversa (60%). Entre as ações centradas na família foi identificada a visita domiciliar (40%). Nas ações centradas no controle de sinais e sintomas destacou-se o controle da medicação (80%). Na categoria inações dos ACS as mais frequentes foram aquelas ocasionadas pelo medo (60%). Os achados demonstram que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico é praticado de fato em serviços da atenção primária pelos ACS. As ações descritas demonstram a importância deste profissional, dado o tipo e a forma das ações

realizadas, determinantes para a integralidade do cuidado, uma das diretrizes constitucionais do SUS. Por outro lado, identificou-se que o trabalho desta categoria ainda não recebe o destaque devido. É necessária maior atenção dos pesquisadores brasileiros e dos serviços com o tema, dada a importância do Agente Comunitário de Saúde no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

**Descritores:** saúde mental, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da família, atenção primária à saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição de artigos por profissão dos autores principais 1994-2014 24
- Figura 2:** Série histórica de publicação de artigos 1994-2014 25
- Figura 3:** Ações dos ACS às pessoas em sofrimento psíquico 1994-2014 34

### QUADROS

- Quadro 1:** Artigos da revisão integrativa, títulos, autores e objetivos 1994-2014 25
- Quadro 2:** Quadro sinóptico geral das ideias dos autores sobre as ações dos ACS em saúde mental, 1994-2014 26

### TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição das publicações científicas por base de dados 1994-2014 22
- Tabela 2:** Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores 1994-2014 23
- Tabela 3:** Distribuição das publicações científicas encontradas, por agrupamento de descritores e aplicados os critérios de inclusão e exclusão 23
- Tabela 4:** Distribuição dos artigos que respondem à questão norteadora, por agrupamento de descritores de assunto e base de dados 1994-2014 24



## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>   | 10 |
| <b>2 OBJETIVO</b>   | 18 |
| <b>3 MÉTODO</b>   | 19 |
| 3.1 Tipo de estudo  | 19 |
| 3.2 Formulação do problema  | 19 |
| 3.3 Coleta de dados   | 19 |
| 3.4 Avaliação dos dados   | 20 |
| 3.5 Análise e interpretação dos dados   | 20 |
| 3.6 Apresentação dos resultados   | 20 |
| 3.7 Aspectos éticos   | 20 |
| <b>4 ANÁLISE DOS DADOS</b>  | 22 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>   | 27 |
| 5.1 Ações dos Agentes Comunitários de Saúde às pessoas em sofrimento psíquico | 29 |
| 5.1.1 Ações dos ACS centradas na pessoa                                       | 29 |
| 5.1.2 Ações dos ACS centradas na família                                      | 30 |
| 5.1.3 Ações dos ACS centradas no controle de sinais e sintomas da doença      | 31 |
| 5.2 Inações dos Agentes Comunitários de Saúde                                 | 32 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | 35 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>  | 39 |
| <b>APÊNDICE A – Instrumentos de avaliação dos artigos</b>                     | 43 |
| <b>APÊNDICE B – Quadro sinóptico geral</b>                                    | 50 |
| <b>ANEXO A – Parecer de Aprovação da COMPESQ</b>                              | 52 |
| <b>ANEXO B – Adendo ao Parecer de Aprovação da COMPESQ</b>                    | 53 |

## 1 INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um importante papel nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), colaborando na identificação de problemas relevantes no território em que trabalham (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011). Dentre estes problemas se encontram os transtornos mentais, como decorrência de várias condições de vida.

A ESF tem por objetivo a reorganização da Atenção Primária à Saúde brasileira, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é entendida como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, pois favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundamento dos seus princípios, diretrizes e fundamentos, além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades e de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

A descentralização e a territorialização do cuidado proporcionada pelo desenvolvimento de ações como a ESF, possibilitam o atendimento e o cuidado peculiar e minucioso à população, através da proximidade que essa estratégia proporciona. Atrelado a isso, a saúde mental e os aspectos psicossociais da população tornam-se gatilhos para a compreensão dos processos de saúde-doença da população, uma vez que alcançar a integralidade no cuidado humano é também cuidar da sua mente. Diante do reconhecimento desse complexo contexto, torna-se imprescindível a criação e desenvolvimento de atividades pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família para atender a essa demanda.

Os números do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003).

A forma de tratar as pessoas em sofrimento psíquico vem mudando nos últimos 60 anos, saindo do modo asilar de atenção, centrado nos hospitais, para o modo de atenção psicossocial, em que os serviços substitutivos são o local das práticas de cuidado.

O hospital psiquiátrico constituído em si mesmo como o próprio remédio para a pretendida cura: o retorno do alienado à realidade e o seu enquadramento às regras da sociedade. O hospital psiquiátrico foi sendo instituído como instrumento único e exclusivo para tratamento, ancorando-se no isolamento para fins de constituição do conhecimento científico. Os doentes mentais eram colocados em manicômios, nesse modo de atenção asilar, dentro de um modelo hospitalocêntrico, tal como a saúde era entendida na época.

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, este sistema começou a ser questionado e combatido, de forma que surgiram, em vários países, movimentos de reforma psiquiátrica, como a comunidade terapêutica na Inglaterra, a psiquiatria de setor na França, a psiquiatria comunitária nos EUA e a psiquiatria democrática italiana (AMARANTE, 2007).

No Brasil, a reforma psiquiátrica teve início nos anos 1970, promovida pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978, que propôs o redirecionamento do modo asilar de assistência a pessoas em sofrimento psíquico, escancarando a violência dos manicômios. Este movimento culminou com a retirada dos hospitais psiquiátricos da posição central do atendimento psiquiátrico e descentralizou as ações nesta área, indo ao encontro dos princípios pregados pelo Movimento de Reforma Sanitária, que mais tarde culminaria com a criação do Sistema Único de Saúde e que propunha a democratização da saúde no Brasil.

As ideias da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário Brasileiro contribuíram para uma nova consciência sanitária a partir da inclusão das questões sociais, econômicas e culturais como parte do processo saúde-doença. Estas ideias serviram de base para uma série de documentos, tais como as AIS – Ações Integradas de Saúde, consideradas o “eixo de organização para uma atenção integral por meio de uma rede de serviços hierarquizados e regionalizados” (OLIVEIRA et al., 2004, p. 74). Em 1982, o “Programa de Reorientação Psiquiátrica e Previdenciária” orientava novos princípios para as práticas em saúde mental que privilegiavam o paciente dentro de seu contexto, preferindo os atendimentos ambulatoriais às internações (DIMENSTEIN, 1998). Em 1983, a *“Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatório de Saúde Mental”* da Divisão Ambulatorial de Saúde Mental do Estado de São Paulo, definiu as ações de saúde mental no nível primário (UBS). As unidades de atenção primária passaram a ofertar tratamento e ações preventivas.

Em 1992, o Ministério da Saúde edita a Portaria 224, estabelecendo as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde, baseado nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, garantia da continuidade da atenção nos vários níveis, multiprofissionalidade na prestação de serviços, ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução. Esta Portaria definia o atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos (BRASIL, 1992).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, ressaltou a importância estratégica de implementar os então chamados "*lares abrigados*" para a reestruturação da assistência em saúde mental no País. Ainda no início dos anos 1990, experiências de sucesso em vários municípios brasileiros demonstraram a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração da Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no âmbito do SUS. Os SRT são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde um indivíduo até no máximo oito pessoas (BRASIL, 2004).

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei 10.216/2001 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1970 tornam-se agora uma política de estado (BRASIL, 2013).

Em 2002 é lançada a Portaria 336, que complementa a Portaria 224 no que se refere aos CAPS, estabelecendo as normas de funcionamento desses serviços. Os CAPS são unidades de saúde regionalizadas, com uma população adscrita e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional e podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações de saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a

usuários referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Os CAPS estão integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (BRASIL, 1992; 2002).

Em 2011 a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Esse documento detalha os serviços de saúde responsáveis pelo atendimento em saúde mental e estabelece as competências de cada serviço. Dentre os serviços elencados estão as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011). Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras tem se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados (GONÇALVES; SENNA, 2001).

Essa mudança no Sistema de Saúde do País caracteriza um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde mental, de modo que a família passa a ser vista como elo no tratamento das pessoas. Na ESF, a atenção da saúde mental inclui não apenas a assistência a indivíduos em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais já instalados, mas também o desenvolvimento de ações preventivas e de detecção precoce, que envolvem o indivíduo e sua família (WAIDMAN; et al. 2011). Neste novo olhar da atenção em saúde mental, em que a família tem seu lugar delimitado, é inegável a sobrecarga a que ficou sujeita ao ter que assumir uma função ativa no tratamento do seu familiar portador de transtorno mental. A família é vista não só como grande aliada, mas também como necessitada de cuidado por parte dos profissionais de saúde (ESTEVAM et al. 2011).

As equipes de saúde da família são compostas fundamentalmente por um médico de família, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011). Dentre esses profissionais, um se destaca pela proximidade com a comunidade e pelo seu papel de facilitação e introdução do resto da equipe à comunidade: o Agente Comunitário de Saúde. Essa posição particular o coloca de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação da ESF, pois está numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação (NUNES et al., 2002).

As funções no nível de atenção básica em relação à saúde mental abrangem a identificação dos casos, intervenção precoce, disponibilização de medicamentos básicos, intervenções psicossociais, encaminhamento dos casos complexos a especialistas, promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

A primeira experiência com ACS, como uma estratégia de saúde estruturada, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo de gerar renda com abertura de campo de trabalho para as mulheres das áreas afetadas pela seca, e contribuir para a redução da mortalidade infantil, por meio de ações de saúde da mulher e da criança. Esta estratégia expandiu-se rapidamente, atingindo praticamente todos os municípios cearenses em três anos. O Ministério da Saúde (MS), usando um modelo semelhante, em 1997 implementou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (TOMAZ, 2002).

O trabalho do ACS é baseado em orientações e acompanhamento das famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, por meio de visita domiciliar (BRASIL, 2011). As visitas domiciliares deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita por mês para cada família, sendo que o ACS tem sob sua responsabilidade entre 400 e 750 pessoas (BRASIL, 2001, 2011), de modo a preservar o princípio da equidade. Outra atividade importante do ACS é desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade (BRASIL, 2011).

Conforme Mehry (1997, 1998), o cuidado em saúde é desenvolvido a partir de diferentes tecnologias, classificadas como tecnologias duras, aquelas que têm em sua estrutura uma característica dada *a priori*; tecnologias leve-duras, que apresentam em seu interior uma parte estruturada, o conhecimento, e outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador; e as tecnologias leves que são as que dizem respeito aos aspectos relacionais. Dentro dessa perspectiva, um processo relacional produz trabalho vivo em ato, ou seja, o encontro entre duas pessoas, aonde se estabelecem expectativas e criações, fazendo surgir espaços para escutas, falas, afetos e interpretações mútuas, em que a intersubjetividade se faz presente.

O Agente Comunitário de Saúde constitui-se ator instigante no que se refere às relações de trocas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e equipe de saúde. (FERREIRA et al., 2009). O ACS trabalha sob as lógicas do “*agir tecnológico*” e do “*agir comunicativo*” possibilitando a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais, a criação de espaços de fala e escuta qualificada e a construção de vínculos afetivos e efetivos (FERREIRA et al., 2009). Assim, o trabalho do ACS, elo entre a equipe e a comunidade, por não possuir uma esfera de conhecimento legitimado, tal como os demais profissionais da equipe de saúde da família, pode ter nas tecnologias leves as principais ferramentas de trabalho destes profissionais. Esta especificidade garante a riqueza e a relevância do seu agir, pois ele está em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, promovendo a saúde, prevenindo doenças, e acompanhando pessoas com problemas de saúde (BRASIL, 2011).

Como atribuições dos ACS, destacamos o fluxo bidirecional de informações, os agentes, informam à população sobre os modos de fazer saúde estabelecidos pelo sistema biomédico hegemônico e, por outro lado, fornecem informações determinantes para a compreensão, por parte dos demais profissionais da equipe, acerca dos problemas das famílias e das populações (NUNES et al., 2002).

Por outro lado, o ACS sofre de uma invisibilidade e uma discriminação dentro de sua própria equipe. As relações internas da equipe são, na maioria das vezes, pautadas sobre a divisão técnica do trabalho. Esta divisão técnica remete à divisão social, que fragmenta, aliena, subordina a produção do trabalhador manual ao do trabalhador intelectual restringindo a sua participação nos processos decisórios (FERREIRA et al., 2009). O ACS é o trabalhador manual, dentro dessa lógica e, por isto mesmo, os outros trabalhadores o colocam em um plano em que o seu trabalho está desvalorizado em relação aos outros (FERREIRA et al., 2009). Essas dificuldades por que passam os ACS ficam explícitas quando se analisa a produção científica sobre esses profissionais, já que são escassos os trabalhos que estudam as práticas dos agentes.

É importante ressaltar que as ações dos ACS devem ser acompanhadas e orientadas pela enfermeira da Unidade de Saúde da Família, que atua como instrutor-supervisor. Também é de responsabilidade da enfermeira a capacitação do

ACS, de acordo com a necessidade local (BRASIL, 2001) demonstrando a relevância do assunto para a enfermagem.

A Atenção Primária à Saúde (APS) sempre esteve presente em minhas leituras e pesquisas. Acredito que o trabalho da enfermeira na APS é um importante instrumento para o desenvolvimento social das comunidades mais vulneráveis, através de ações de cuidado que abarquem uma concepção de saúde mais complexa e contextualizada do que aquele que o modelo biomédico hegemônico nos oferece. As ações de promoção da saúde e de empoderamento daqueles mais oprimidos são ferramentas potentes para a diminuição das diferenças brutais existentes em nossa sociedade.

O interesse pelas temáticas da saúde mental cresceu durante a graduação. Enquanto cursei enfermagem e trabalhei na Vigilância em Saúde de Porto Alegre, mais especificamente na Vigilância de Serviços de Saúde Mental, pude entrar em contato com várias pessoas em sofrimento psíquico. E, durante o estágio de saúde mental, ocorrido em uma unidade de Saúde da Família do município de Porto Alegre, local onde havia Agentes Comunitários de Saúde capacitados para o contato com o público, e que me ensinaram muitas coisas sobre sua prática, percebi a necessidade de focar este tema, tendo em vista a importância dos ACS estarem sensibilizados para a temática. O ACS é o profissional da equipe multidisciplinar que está em maior contato com as pessoas do território, sua realidade e suas vivências e por isso é o integrante da equipe com maior possibilidade para identificar usuários com sinais de sofrimento psíquico, reportando-os para a equipe, de forma que se possa intervir precocemente, prevenindo ou limitando os danos que este sofrimento pode trazer. Nesse estágio pude acompanhar usuários em sofrimento psíquico motivados por vários fatores. A partir desta motivação, comecei a realizar leituras, participar de debates e questionamentos sobre o sofrimento psíquico, suas motivações, como identificar e como prevenir. Estudar as ações desses profissionais é dar voz à categoria profissional presente na ESF mais invisível e oprimida, é dar visibilidade àqueles que fazem parte da comunidade, mesmo que estejam dentro da unidade de saúde.

Tendo estas considerações como ponto de partida, neste projeto de pesquisa pretendeu-se estudar as ações realizadas pelos ACS dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico, assim, esta revisão integrativa será orientada pela questão norteadora: *“Quais são as ações dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia*



*de Saúde da Família, descritas na literatura, dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico?”.*

## **2 OBJETIVO**

Identificar a produção científica sobre as ações dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família às pessoas em sofrimento psíquico.

## 3 MÉTODO

### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura segundo a concepção de Cooper (1989). Esse tipo de revisão é um método que reúne os resultados de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, a fim de analisar esses dados e desenvolver definições mais abrangentes de um fenômeno específico.

O desenvolvimento desta Revisão integrativa será composto por cinco etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados (COOPER,1989).

### 3.2 Formulação do Problema

A formulação do problema se constituiu tendo em vista o objetivo do estudo guiado pela seguinte questão norteadora: *“Quais são as ações dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família, descritas na literatura, às pessoas em sofrimento psíquico?”*

### 3.3 Coleta dos dados

Estando já bem definidos o tipo de pesquisa e a questão norteadora, a coleta de dados foi feita a partir das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) por possuírem bancos de dados com publicações brasileiras, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, possibilitando a busca de informações acerca da realidade brasileira. O período de coleta dos dados foi de 05 de janeiro de 2015 a 28 de abril de 2015.

Os Descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS) usados foram: *saúde mental, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da família e atenção primária à saúde*, agrupados dois a dois, tendo sempre saúde mental presente nos agrupamentos.

Os critérios de inclusão usados foram artigos originais em língua portuguesa, inglesa e espanhola, resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, quanti-qualitativas, relatos de experiências e reflexões teóricas, disponíveis on-line, de forma completa e gratuita, publicados entre 1994 e 2014, nas bases de dados citadas anteriormente. O recorte de tempo começa em 1994 porque o Programa de Saúde da Família, de onde se origina a Estratégia Saúde da Família, foi implantado neste ano. Os critérios de exclusão foram teses, dissertações e textos governamentais.

### **3.4 Avaliação dos dados**

Durante a etapa de avaliação dos dados, foi usado um instrumento para registro das informações que foi preenchido após a leitura dos artigos na íntegra.

Os campos que compreendiam este instrumento foram: título do artigo, autores, periódico, ano de publicação, descritores, objetivo do estudo, metodologia do estudo e resultados.

### **3.5 Análise e interpretação dos dados**

Nesta etapa foi realizada a síntese e comparação dos dados extraídos dos artigos a serem registradas em um quadro sinóptico, com a finalidade de destacar de forma objetiva as ideias de cada autor que respondam a questão norteadora deste estudo.

### **3.6 Apresentação dos Resultados**

A apresentação dos resultados foi feita através quadros, tabelas e figuras, com a intenção de comparar as ideias dos autores que compuseram a amostra deste estudo.

### **3.7 Aspectos éticos**

Esta Revisão Integrativa levou em consideração os aspectos éticos, sendo mantidas a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados

e as devidas citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002) e a Lei de Direitos Autorais (BRASIL, 1998). O estudo foi submetido à avaliação e registro na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EENF/UFRGS) sendo aprovado através do parecer número 28280 (Anexos A e B).

## 4 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo se apresenta o material coletado através da busca nas bases de dados, seguindo os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no período de 1994-2014, tendo como descritores: *saúde mental, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da família e atenção primária à saúde*. Foram encontradas 12.889 publicações. A Tabela 1 mostra a distribuição destas publicações, por base de dado e descritor.

**Tabela 1:** Distribuição das publicações científicas por base de dados, 1994-2014.

| DESCRITOR                           | LILACS | BDENF | Total |
|-------------------------------------|--------|-------|-------|
| Saúde Mental (SM)                   | 4069   | 619   | 4688  |
| Agentes Comunitários de Saúde (ACS) | 469    | 67    | 536   |
| Estratégia Saúde da Família (ESF)   | 1068   | 318   | 1386  |
| Atenção Primária à Saúde (APS)      | 5671   | 608   | 6279  |
| Total                               | 11277  | 1612  | 12889 |

Podemos constatar que mais de 87% das publicações foram encontradas no LILACS, base de dados multidisciplinar, com maior diversidade e quantidade de trabalhos. A base de dados BDENF, provavelmente pela maior especificidade das publicações, contém somente produções de enfermeiras.

A Tabela 1 também mostra a produção de trabalhos científicos que tem o ACS como objeto de estudo. Sobre essa categoria profissional encontrou-se 536 publicações, o que representa 4,1% de todos os artigos (12.889). Esse achado pode denotar pouco interesse sobre o trabalho desenvolvido pelos ACS na Estratégia Saúde da Família. Ainda que a profissão de ACS seja nova e sua regulamentação recente, segundo o DATASUS são mais de 288.000 profissionais atuando no país, e apenas 536 publicações que versam sobre essa categoria. Este achado vai ao encontro de Ferreira et al. (2009) ao sustentar que a equipe da ESF desqualifica a ação cuidadora do ACS, não reconhecendo nele a competência para a construção de um tipo de cuidado diferente daquele centrado na lógica programática. No imaginário dos outros profissionais da equipe, o ACS ocupa o lugar do trabalhador

manual, aquele que não detém um núcleo de saber, e que não tem capacidade cognitiva de operar com o cuidado em saúde. Assim, o trabalho do ACS é colocado em um plano de menor valorização em relação aos outros (FERREIRA et al., 2009).

Ao realizar a pesquisa efetuando as combinações entre os descritores, tem-se redução no número de trabalhos. Provavelmente isso demonstra que a temática das ações em saúde mental, especificamente as ações dos ACS, na Estratégia Saúde da Família não vem sendo reconhecido como objeto de estudo.

A Tabela 2 apresenta o número de publicações do cruzamento entre os descritores dois a dois, sendo saúde mental descritor fixo pareado com todos. Na base de dados BDEF, o cruzamento entre os descritores saúde mental e agentes comunitários de saúde resultou em zero.

**Tabela 2:** Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores, 1994-2014.

|          | LILACS | BDEF | TOTAL |
|----------|--------|------|-------|
| SM x ACS | 11     | 0    | 11    |
| SM x ESF | 27     | 16   | 43    |
| SM x APS | 189    | 27   | 216   |
| Total    | 227    | 43   | 270   |

Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, a amostra se compôs da forma apresentada na Tabela 3.

**Tabela 3:** Distribuição das publicações científicas encontradas, por agrupamento de descritores e aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

|          | LILACS | BDEF | Total |
|----------|--------|------|-------|
| SM x ACS | 4      | 0    | 4     |
| SM x ESF | 17     | 7    | 24    |
| SM x APS | 67     | 19   | 86    |
| Total    | 88     | 26   | 114   |

Os 114 artigos resultantes da aplicação dos critérios tiveram seus resumos lidos e analisados, para verificar se respondiam à questão norteadora desta revisão integrativa. Após esta avaliação, obteve-se uma amostra com seis publicações, porém o número final de publicações foi cinco, pela repetição de um artigo. A Tabela 4 mostra o resultado final do refinamento das informações, a distribuição por

cruzamento de descritores e bases de dados, sem a eliminação dos artigos repetidos.

**Tabela 4:** Distribuição dos artigos que respondem à questão norteadora, por agrupamento de descritores de assunto e base de dados. 1994-2014.

|          | LILACS | BDEF | Total |
|----------|--------|------|-------|
| SM x ACS | 2      | 0    | 2     |
| SM x ESF | 1      | 0    | 1     |
| SM x APS | 2      | 1    | 3     |
| Total    | 5      | 1    | 6     |

A amostra de estudo foi composta por cinco publicações. Todas foram produzidas por autores brasileiros, em português, divulgadas em periódicos brasileiros. Encontrou-se um artigo publicado em 2007, 2010 e 2014, e dois em 2012. Entre os autores principais, dois deles são enfermeiras, dois são sanitaristas e um é psicólogo. Os artigos apresentam quatro pesquisas qualitativas e uma revisão bibliográfica, dois deles têm como objetivo as práticas, conhecimentos ou afetos relacionados à equipe multidisciplinar da ESF, enquanto três estudaram especificamente os ACS.

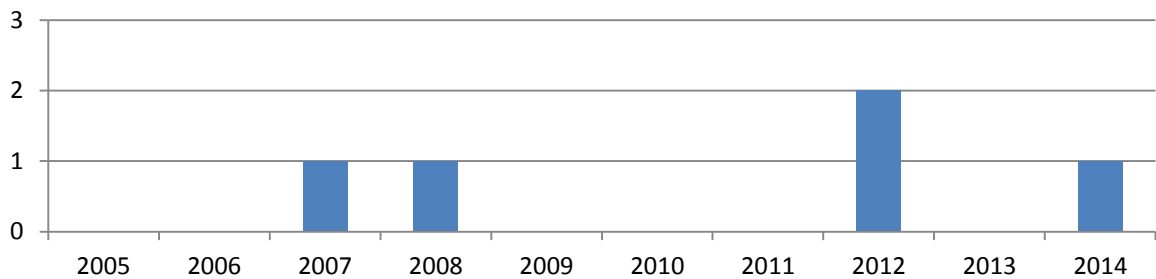
A Figura 1 demonstra graficamente a divisão por profissão dos autores principais.



**Figura 1:** Distribuição de artigos por profissão dos autores principais, 1994-2014.



A Figura 2 apresenta a série histórica de publicações.



**Figura 2:** Série histórica de publicação de artigos, 1994-2014.

Um dos artigos tem como objetivo o estudo das concepções e atividades dos ACS com usuários com comportamento suicida, e os outros quatro estudam aspectos gerais da saúde mental. O Quadro 1 apresenta os artigos selecionados com seus títulos, autores e objetivos.

| Título   | Autor                               | Objetivo  |
|--|-------------------------------------|---|
| Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde – estudo qualitativo                                     | ABREU;<br>KOHLEAUSCH; LIMA,<br>2008 | Analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento prestado a usuários com comportamento suicida nas unidades básicas de saúde, destacando as ações desenvolvidas com esses usuários.   |
| Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária | NUNES; JUCÁ;<br>VALENTIM, 2007      | Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções no contexto do ESF e identificar ainda fatores favorecedores e dificultadores dessas ações, o nível de formação específica desses profissionais na área de saúde mental, o conhecimento que eles detinham acerca das propostas da Reforma Psiquiátrica e o nível de implantação e de funcionamento de uma rede de serviços que contemplasse ações em saúde mental. |
| Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira  | SOUZA et al, 2012                   | Analisar os principais temas da literatura científica brasileira sobre saúde mental na Estratégia Saúde da Família.   |
| Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental  | WAIDMAN; COSTA;<br>PAIANO, 2012     | Identificar as percepções de Agentes Comunitários de Saúde acerca de saúde e transtorno mental, bem como verificar o preparo desses agentes para atuar na área.   |
| O cuidado em saúde mental pelos agentes Comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?  | SANTOS; NUNES,<br>2014              | Descrever o conhecimento em saúde mental construído pelo agente comunitário de saúde, concomitante à produção de cuidado em saúde mental.   |

**Quadro 1:** Artigos da revisão integrativa, títulos, autores e objetivos, 1994-2014.

O Quadro 2 traz o quadro sinóptico dos artigos, sintetizando as ideias dos autores acerca das ações dos ACS às pessoas em sofrimento psíquico.

| Título   | Ações dos Agentes Comunitários de Saúde   |
|--|---|
| Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde – estudo qualitativo                                     | <p><i>"As ações realizadas (...) são: comunicação para a equipe sobre a ocorrência do fato, escuta e acolhimento, verificação sobre a administração correta da medicação, visitas domiciliares com maior periodicidade, marcação, encaminhamento e verificação sobre o fato dos usuários terem ido às consultas marcadas. (...) orientações ao usuário com comportamento suicida sobre questões de saúde, realização de busca ativa, registro da causa externa e questionamento sobre a ideação suicida."</i></p> <p><i>"Os ACS realizam algumas atividades com familiares dos usuários, como visitas domiciliares, planejamento de grupos para familiares de usuários com transtornos mentais e orientação sobre a importância da restrição ao acesso a meios letais."</i></p>   |
| Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária | <p><i>"O grupo dos agentes comunitários de saúde mostra um trânsito mais cotidiano com famílias que têm algum membro com problema mental e, talvez por serem residentes na comunidade, tentam formas de lidar de modo mais contínuo com esses casos."</i></p> <p><i>"...por serem residentes na comunidade, tentam formas de lidar de modo mais contínuo com esses casos..."</i></p>  |
| Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira  | <p><i>"...práticas como acompanhamento de medicação e consultas, foram mais citadas.(...) Mas também houve referências a práticas como construção de vínculos, participação em grupos terapêuticos, ênfase na interação social, apoio à família e visitas domiciliares..."</i></p>  |
| Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental  | <p><i>"...atividade descrita pelos Agentes Comunitários Saúde como capaz de estabelecer um relacionamento terapêutico foi a visita domiciliar (VD), que se constitui num instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família."</i></p> <p><i>"...a gente orienta, conversa, faz acompanhamento da medicação; quando a gente encaminha pra psicóloga, o tratamento é com a psicóloga..."</i></p>   |
| O cuidado em saúde mental pelos agentes Comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?  | <p><i>"A vinculação com a família é uma condição para o início da relação de cuidado com a pessoa em sofrimento. Mesmo sendo por vezes encarado como obstáculo, isso é acatado, haja vista que, mesmo morando na mesma comunidade, o ACS é um agente externo à família. O respeito à autonomia deste grupo é algo de grande importância, de forma a evitar uma relação de intrusão."</i></p> <p><i>"O cuidado do ACS às famílias concentra-se, em mediar conflitos, conversar, veicular informações sobre onde e com que profissionais os familiares cuidadores devem se consultar ou acompanhar o usuário."</i></p> <p><i>"Transitar por esse território é a principal maneira de produzir saberes sobre os processos de adoecimento mental e práticas de cuidado condizentes com a realidade do trabalho."</i></p> <p><i>"A conversa como um recurso que descobriram ser potente frente aos sofrimentos localizados nos modos de levar a vida. Conversar e dispor sua experiência de vida com o intuito de produzir saúde é um constructo que surge da polifonia presente nos encontros ACS-usuários, de onde emergem conceitos de saúde personalizados."</i></p> <p><i>"Outra preocupação dos ACS é monitorar o tratamento com psicofármacos..."</i></p> |

**Quadro 2:** Quadro sinóptico geral das ideias dos autores sobre as ações dos ACS em saúde mental, 1994-2014.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir da análise das publicações que compõem o estudo. Os resultados trazem a discussão sobre as ações dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família, descritas na literatura, às pessoas em sofrimento psíquico, apresentadas em duas categorias: ações dos ACS e as inações.

Todos os estudos analisados trataram direta ou indiretamente do conhecimento e do saber-fazer dos ACS. Entretanto, não houve consenso sobre a adequação dos conhecimentos apropriados pelos agentes comunitários para a abordagem das pessoas em sofrimento psíquico.

Um dos artigos informa que os ACS já tiveram contato com pessoas em sofrimento mental, e dessa forma possuem conhecimento da problemática e referiram habilidade para identificar os mesmos, sem que, necessariamente, tenham sido capazes de oferecer uma solução satisfatória (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Esse achado denota uma construção empírica do conhecimento em saúde mental, convergindo com outro estudo que afirma que os ACS desenvolvem habilidades no uso de tecnologias especialmente relacionais e aprendidas no cotidiano de trabalho no território. A partir disso, a experiência de vida e as convicções filosóficas se tornam instrumentos de trabalho (SANTOS; NUNES, 2014).

Os agentes comunitários têm uma maneira dinâmica de perceber as necessidades de saúde mental da comunidade (SANTOS; NUNES, 2014). A atuação dos ACS é capaz de apontar as necessidades dos usuários e dessa forma, reconhecer o comportamento suicida com mais frequência do que outros profissionais. Julgam importante para a realização de seu trabalho saber abordar e conversar com o usuário, conhecer sua história de vida e um pouco sobre transtornos mentais, com a finalidade de diferenciar a orientação realizada (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008). Nos espaços de discussão sobre o trabalho com outros profissionais, empreendem um esforço de interpretação sobre aquilo que veem e buscam conceituar em suas falas, apropriando-se de conceitos profissionais (SANTOS; NUNES, 2014). Os ACS compreendem a importância do trabalho multidisciplinar na atenção à saúde da família e da pessoa em sofrimento psíquico, por meio de um trabalho articulado que forneça um atendimento integral (WAIDMAN;

COSTA; PAIANO, 2012). Eles se percebem importantes para as terapêuticas, mesmo tendo dificuldades em explicar de que forma isso ocorre (SOUZA et al., 2012).

Por outro lado, alguns agentes comunitários não distinguem saúde mental de transtorno mental, usando os dois termos de forma similar e confundem transtorno mental com problemas neurológicos (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). Outros agentes de saúde forneceram respostas com raciocínios frequentemente restritos ao aspecto biológico, e o isolamento social, característica comum em pessoas em sofrimento psíquico, é considerado unicamente decorrência de fatores individuais e não sociais (SOUZA et al., 2012).

Nesse sentido, ainda não está claro o papel da assistência em saúde mental no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, pois sua grande preocupação ainda são os grupos considerados de risco para a saúde (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). Os agentes comunitários mostraram-se inseguros sobre o que fazer diante de uma “*descompensação*”<sup>1</sup> emocional de um usuário (SOUZA et al., 2012). Entendo que esses achados demonstram que a capacitação formal inicial e permanente se faz necessária, mesmo que o conhecimento construído a partir da experiência seja um disparador potente para a prática de cuidado em saúde mental. A queixa de falta de capacitação em saúde mental é recorrente (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012; SANTOS; NUNES, 2014), e o contato com outros trabalhadores, tais como Grupo de Trabalho em Saúde Mental e o Apoio Matricial com o CAPS, é apontado como propício à produção e formação pedagógica (SANTOS; NUNES, 2014).

Compreendendo que a enfermeira tem a responsabilidade principal na capacitação do ACS, há necessidade de ser capaz de articular os serviços e profissionais existentes na rede de atenção à saúde, a fim de ofertar conhecimentos específicos aos agentes comunitários. Entretanto, muitas vezes não consegue, em função de circunstâncias do cotidiano dos serviços de saúde, tais como sobreposição de papéis a as demandas provenientes da comunidade. Esta tarefa, entretanto, não pode e não deve ficar somente sob a responsabilidade de uma

---

<sup>1</sup> Descompensação, termo usado pelo autor do artigo pesquisado, é usado em saúde mental com vários significados. Pode designar desde uma alteração corriqueira das emoções, como irritação, falar alto ou impaciência, até um surto psicótico, quando vai apresentar sintomas como alucinações, delírios e agressividade.

categoria profissional, mas compartilhada com os profissionais da equipe, com as instituições de ensino, os mecanismos de controle social e gestão.

Os saberes dos ACS permitem que eles empreguem vários tipos de ações voltadas às pessoas em sofrimento psíquico. Estas ações tem em seu núcleo tecnologias que podem ser leves e relacionais, leve-duras e duras. Estas ações são discutidas a seguir.

## **5.1 Ações dos Agentes Comunitários de Saúde às pessoas em sofrimento psíquico**

As ações dos ACS às pessoas em sofrimento psíquico foram divididas em três áreas temáticas, ações dos ACS centradas na pessoa, ações dos ACS centradas na família e ações dos ACS centradas no controle de sinais e sintomas da doença. Por ações dos ACS entendem-se as intervenções desenvolvidas com base na territorialidade e do dia a dia, levando em consideração as especificidades dos usuários.

### **5.1.1 Ações dos ACS centradas na pessoa**

As ações dos ACS centradas na pessoa são os atos de cuidado baseados nas tecnologias leves e relacionais, que se dão nos momentos de encontro e troca entre o cuidador e a pessoa cuidada.

A escuta e a conversa são recursos valiosos usados pelos ACS para 60% dos autores (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012; SANTOS; NUNES, 2014). Os ACS tem a possibilidade de criar conceitos de saúde personalizados, a partir da perspectiva de quem é nativo do local, que partilha dos mesmos valores, linguagem e realidade, conversando e usando sua experiência de vida como instrumento de cuidado (SANTOS; NUNES, 2014). Nenhum dos trabalhos explicitou detalhes dessas conversas, o que é abordado e como é abordado.

Ações como acolhimento (20%) (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008), criação de vínculos, participação em grupos terapêuticos e ênfase na interação social também são apresentados como estratégia de atendimento para aqueles que estão em sofrimento psíquico (SOUZA et al., 2012). Estas atividades podem ser consideradas as bases do modo psicossocial de atenção em saúde mental. Um

artigo (20%) apresenta o convívio com a comunidade como ação adotada pelos agentes comunitários de saúde como recurso de atenção à pessoa em sofrimento (SOUZA et al., 2012).

O território favorece a aproximação dos moradores e dos ACS. A visita domiciliar é uma ferramenta importante no processo de trabalho dos profissionais de saúde por ser uma intervenção específica no processo saúde-doença das pessoas, contemplando toda a complexidade do contexto social, cultural e econômico daqueles que ali vivem. Possivelmente por isso, a atividade de visita domiciliar é trazida por 80% dos autores (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008; SOUZA et al., 2012; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012), demonstrando que os ACS procuram formas de lidar de modo mais contínuo com as situações de sofrimento psíquico (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Para os ACS, transitar pelo território é a principal maneira de produzir práticas de cuidado condizentes com a realidade do trabalho (SANTOS; NUNES, 2014).

O ACS centra suas atividades no atendimento aos usuários das formas apresentadas anteriormente, e pelo fato de trabalhar no território, também atende as necessidades das famílias dos usuários, tendo ações específicas para essa demanda.

### **5.1.2 Ações dos ACS centradas na família**

Entre as ações atribuídas aos ACS está a realização de atividades de promoção e prevenção à saúde por meio da manutenção do contato permanente com as famílias, buscando alternativas de solução das suas necessidades prioritárias, (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008).

A criação de vínculo com as famílias é condição para o início da relação terapêutica com a pessoa em sofrimento psíquico. Mesmo que em algumas situações a família seja encarada como obstáculo, o respeito à autonomia familiar é importante, de forma a evitar uma relação de intrusão, pois o ACS é um agente externo à família mesmo morando na comunidade (SANTOS; NUNES, 2014).

O cuidado do ACS às famílias concentra-se em um trânsito mais cotidiano com aquelas que têm algum integrante em sofrimento (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). As atividades de apoio às famílias (SOUZA et al., 2012), visitas domiciliares (SOUZA et al., 2012; ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008), planejamento de grupos

para familiares de usuários com transtornos mentais e orientação sobre a importância da restrição ao acesso a meios letais para os indivíduos com comportamento suicida (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008) são ações realizadas pelos ACS em seu cotidiano. Mediar conflitos, conversar, veicular informações sobre onde e com que profissionais os familiares cuidadores podem consultar ou acompanhar o usuário (SANTOS; NUNES, 2014) são outros recursos utilizados.

Entretanto, alguns Agentes Comunitários de Saúde têm receio de se inserir na dinâmica familiar, pois acreditam não ser necessária a assistência à família e buscam não interferir no seu funcionamento (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). Porém reconhecem o sofrimento psíquico pelo qual os familiares passam e sabem que envolvê-los no cuidado como sujeito ativo auxiliará na inserção das pessoas com transtornos mentais no convívio com a sociedade (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012) e com a própria família.

Dentro das ações realizadas pelos ACS no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico e às famílias, muitas delas têm seu foco para além da subjetividade, fundamentando-se nos sintomas da doença e suas manifestações, fazendo a integração entre o conhecimento que a clínica ampliada proporciona e a necessidade de atender o momento agudo do adoecimento.

### **5.1.3 Ações dos ACS centradas no controle de sinais e sintomas da doença**

As ações centradas no controle de sinais e sintomas da doença são aquelas que têm como fundamento o predomínio das tecnologias leve-duras e duras. Ainda que se tenha por objetivo transição do sistema hegemônico, biomédico, prescritivo e centrado no médico, são inúmeras as vezes que estas tecnologias são necessárias, de forma que não se pode valorar uma ação como mais importante que a outra simplesmente pelo tipo de tecnologia que a compõe, mas sim pela necessidade e adequação da mesma na situação específica.

Assim, as ações elencadas pelos autores são a comunicação para a equipe sobre a ocorrência da tentativa de suicídio, (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008), o monitoramento do tratamento com medicamentos que agem sobre o sistema nervoso em 80% das publicações (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012; SOUZA et al., 2012; SANTOS; NUNES, 2014), o acompanhamento e marcação de consultas (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008;

SOUZA et al., 2012) e o encaminhamento para outros profissionais (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

Mesmo percebendo e reconhecendo sinais e sintomas apresentados por aqueles que estão em sofrimento psíquico, em algumas situações os ACS se sentem imobilizados, deixando de realizar atos que poderiam se reverter em ações de saúde nesta situação.

## **5.2 Inações dos Agentes Comunitários de Saúde**

Inação pode ser entendida como a falta de ação ou inércia. As inações dos ACS às pessoas em sofrimento psíquico reproduzem a falta de ação quando há a possibilidade de se colocar como ente ativo do cuidado.

Assim, os Agentes de Saúde apontam como dificuldade ter que se relacionar com o que é diferente, reproduzindo condutas estereotipadas e postura assistencialista (SOUZA et al., 2012). O estigma do louco ainda é muito forte na nossa sociedade, e isto se reflete na formação profissional (SANTOS; NUNES, 2014) e no cotidiano do processo de trabalho, se manifestando de várias formas.

O sentimento de medo, gerado pelo comportamento potencialmente agressivo, instável e perigoso atribuído aos loucos é trazido pelos ACS (SOUZA et al., 2012; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012, SANTOS; NUNES, 2014) como um impeditivo à aproximação. O medo acaba por gerar uma inação, quando o ACS evita a pessoa ou a família que tem problema. Tanto a dificuldade de entender o diferente quanto o medo gerado pela loucura são frutos de séculos de isolamento produzido pela forma de tratar os loucos.

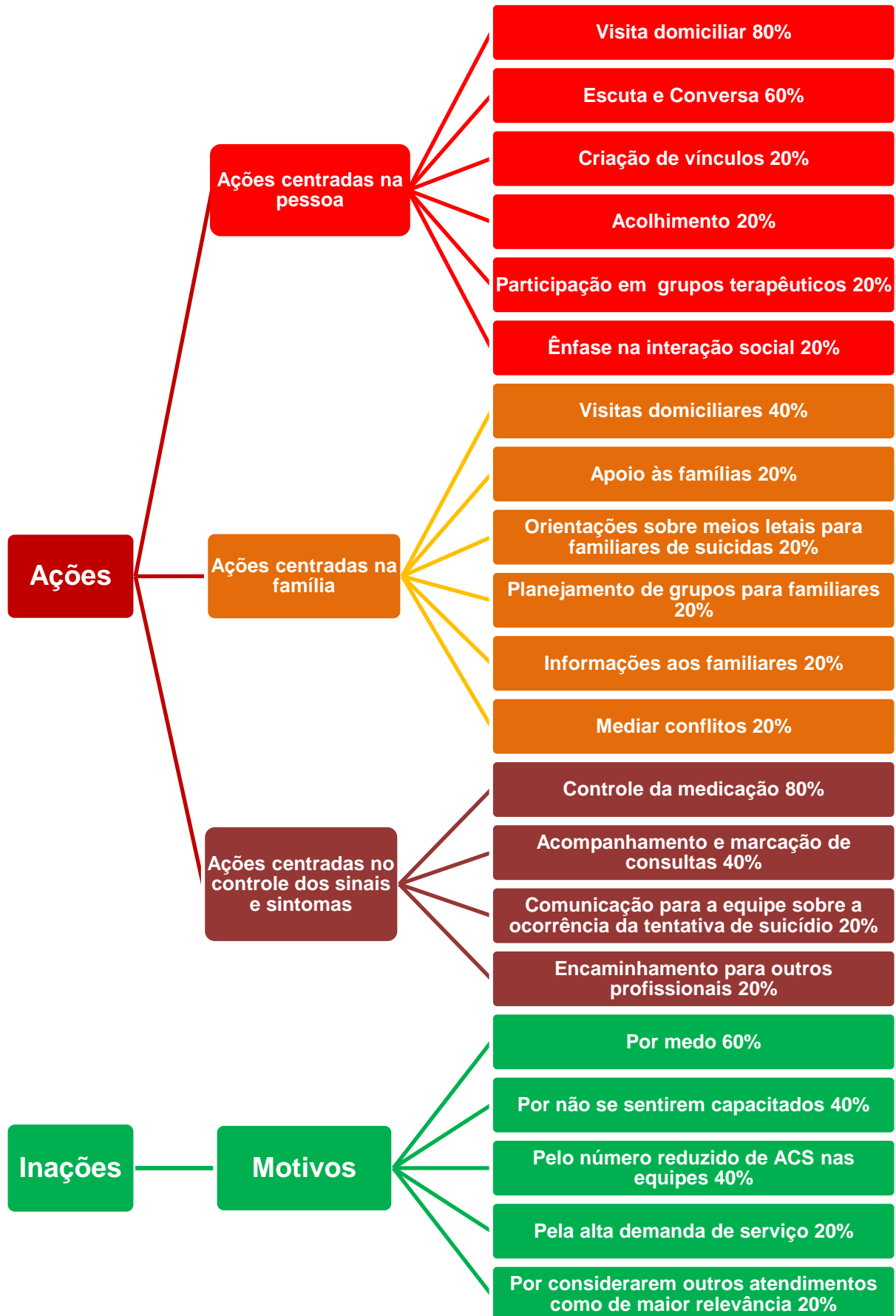
A alta demanda do serviço (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012) e o número reduzido de ACS nas equipes (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012) deixam os ACS sobrecarregados, impedindo-os de desenvolver suas tarefas junto às pessoas da comunidade. Muitos profissionais não incluem as ações de cuidado em saúde mental em sua prática, por considerarem os atendimentos necessários para atender as ações programáticas com mais relevância (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012), tendo em vista a obrigatoriedade do registro de execução dessas atividades.

Os ACS acabam eximindo-se de ações às pessoas em sofrimento psíquico por não se sentirem capacitados para atender esses indivíduos (NUNES; JUCÁ;



VALENTIM, 2007; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). A falta de conhecimento para dar conta desta demanda aparece em 60% dos artigos pesquisados (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012; SANTOS; NUNES, 2014), o contato com outros trabalhadores traz suporte, tendo em vista a existência de uma construção de saberes em relação ao sofrimento psíquico no cotidiano do trabalho, e as trocas entre os profissionais, que podem proporcionar diminuição das inações trazendo mais segurança para as ações em saúde.

A Figura 3 mostra a distribuição das ações e os motivos de inações dos ACS e sua frequência relativa.



**Figura 3:** Ações dos ACS às pessoas em sofrimento psíquico. 1994-2014.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Revisão Integrativa teve como objetivo identificar a produção científica sobre as ações dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família às pessoas em sofrimento psíquico. Foram selecionados cinco artigos, de autores brasileiros, redigidos em português e publicados em periódicos nacionais, fato que torna a amostra bastante homogênea e acaba por retratar a produção brasileira sobre este tema de forma próxima da realidade.

Os resultados trouxeram a discussão sobre as ações dos ACS apresentadas em duas categorias, “ações dos ACS” e as “inações”. Dentre as ações dos ACS, surgiram três áreas temáticas: ações dos ACS centradas na pessoa, ações dos ACS centradas na família e ações dos ACS centradas no controle de sinais e sintomas da doença.

As ações dos ACS centradas nas pessoas em sofrimento psíquico formaram um conjunto de atividades em que aparecem como mais citadas a visita domiciliar, a escuta e a conversa. A aproximação entre os usuários e ACS, oportunizado pelo território adstrito, é um fator importante porque pode ser utilizado como ferramenta de cuidado no processo saúde-doença das pessoas. A escuta e a conversa são potentes intervenções em saúde, pois priorizam os valores, a linguagem, a realidade e as expectativas locais, além de toda complexidade social, cultural e econômica da região. A ressalva que fazemos é pelo fato de que nenhum dos artigos que apresenta conversa como uma das ações implementadas apresenta a temática dessas conversas, o que poderia em muito contribuir para auxiliar outros profissionais na abordagem dessa condição.

Entendemos que o ACS é um profissional privilegiado pela dualidade do caráter de sua atividade, em que ao mesmo tempo em que é morador, está vinculado à equipe de saúde do território, residindo nesse fato a riqueza de significados de seu trabalho, seu alcance e a potência dos seus resultados.

Nesse sentido, na área temática ações dos ACS centradas na família a visita domiciliar também aparece como destaque. O vínculo com as famílias é o início do cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Estar presente no cotidiano dessas famílias é uma forma de apoiar e orientar. Mediar conflitos, conversar, veicular informações sobre onde e com que profissionais os familiares cuidadores podem consultar ou acompanhar o usuário são outros recursos utilizados. Estas

atividades são de grande importância, uma vez que as famílias sofrem por não saberem como agir, o que fazer, a quem recorrer e o que esperar.

Possivelmente isso aconteça porque o modelo assistencial em saúde está tradicionalmente centrado nas tecnologias duras e leve-duras, motivado por interesses corporativos e econômicos. Esse modelo produz um trabalho centrado no médico, uma produção de cuidado que se dá de forma prescritiva e procedimentos realizados de forma impessoal. Devemos trabalhar para a mudança deste cenário, dando visibilidade para todas as categorias profissionais, ênfase ao compartilhamento de conhecimentos, ao autocuidado, à valorização da subjetividade, ao aumento da autoestima, com o objetivo de aumentar autonomia dos sujeitos.

Para isso, a composição técnica do trabalho deve ser favorável às ações que tenham em seu núcleo tecnologias leves e relacionais, contrapondo-se ao sistema biomédico hegemônico, prioritariamente prescritivo e centralizador. O ACS é um profissional com potencial para a mudança do modelo assistencial vigente para outro baseado na troca de saberes, menos prescritivo e mais humano.

Ainda que as ações mediadas pelo uso de tecnologias leves e relacionais devam ser predominantes na composição do processo de trabalho dos profissionais em saúde, também existe a necessidade de intervenções orientadas pela associação dessas com o cuidado clínico, tendo em vista a gravidade dos sinais e sintomas apresentados. É necessário ter a dimensão exata da doença e do seu manejo, na busca de equilíbrio entre as ações.

Nesse sentido, as ações centradas no controle de sinais e sintomas da doença apareceram como uma das áreas temáticas. Dentre essas ações, identificamos o monitoramento do tratamento com medicamentos que agem sobre o sistema nervoso, o acompanhamento e marcação de consultas. A utilização de medicamentos que agem sobre o sistema nervoso vem acompanhada de vários cuidados. É importante que a pessoa que usa esses medicamentos seja orientada de forma adequada, a fim de que possa exercer seu autocuidado, bem como ser acompanhada para aprender a identificar os efeitos farmacológicos, que podem ou não ser desejáveis. Outro aspecto a ser considerado é o tempo de latência de cada medicamento e os níveis séricos da janela terapêutica para apresentar a resposta esperada, sendo necessário certo rigor nos horários de administração dos mesmos para que essa condição seja alcançada.

Entre as inações, chama atenção a prevalência do medo como causa de inação. O imaginário do louco como um ente perigoso, agressivo, que deve ser isolado do mundo dos “normais” ainda é uma realidade. Mais de 200 anos depois que o hospício era entendido como instituição organizada para manter a segurança pessoal do louco e de sua família, ainda existe a crença da periculosidade do louco. Infelizmente, apenas um trabalho tocou no assunto da inclusão social como recurso terapêutico, por outro lado, um artigo trouxe o fato de que o isolamento social é considerado consequência individual e não social, isto é, os ACS descritos na pesquisa consideram o isolamento um sintoma, e não um problema social, ainda que possa representar as duas condições.

A desconstrução de um estigma ainda tão forte e cruel é uma tarefa de todos os profissionais, incluindo aí os ACS. Trabalhar nesse sentido é, antes de tudo, uma necessidade, já que não há justiça e não há cuidado num contexto de isolamento e preconceito. Essa desconstrução do estigma do louco só poderá ser feita com um trabalho maciço de conscientização e sensibilização de todos os profissionais de saúde, para, a partir destes, disseminar a mudança de olhar para as pessoas do território. Uma peça chave para essa mudança é o ACS, porque é quem tem o maior potencial para mudar comportamentos, almejando minimizar discriminações e preconceitos, possibilitando o convívio, dando oportunidade para as pessoas mostrarem sua capacidade de contribuir para a sociedade.

Pensando que cada nível de assistência tem sua importância dentro da rede de atenção psicossocial do SUS, precisamos atentar para a responsabilidade da atenção na saúde mental na localidade, que é onde circunda a maior complexidade, contrapondo-se ao conceito de complexidade hospitalar. No caso da saúde mental, o hospital maneja a pessoa em sofrimento psíquico, isolando-a e excluindo-a do meio em que vive, tendo a primazia de ter um ambiente relativamente controlado para desenvolver o cuidado; por sua vez, a atenção primária se envolve com a complexidade de trabalhar o sofrimento psíquico com a pessoa dentro da família, na comunidade, com seus modos de vida e subjetividades, que são, na maioria das vezes, a origem do sofrimento dessas pessoas.

Considerando os achados desta Revisão Integrativa, o quantitativo de estudos encontrados evidencia uma limitação na produção de conhecimento na temática. Por sua vez, os achados qualitativos evidenciam que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico é praticado de fato em serviços da atenção primária

pelos ACS. As ações descritas revelam a importância deste profissional, dado o tipo e a forma das ações realizadas, determinantes para a integralidade do cuidado, uma das diretrizes constitucionais do SUS. Por outro lado, observa-se que esta categoria ainda não recebe o destaque devido. Espero que este trabalho sirva para contribuir na solidificação da divulgação do trabalho dos ACS e suas ações. É necessária maior atenção dos pesquisadores brasileiros e dos serviços com o tema, dada a importância do Agente Comunitário de Saúde no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Esta Revisão Integrativa, além de ter contribuído na formação acadêmica do pesquisador, pode servir como base teórica, subsidiando pesquisas empíricas sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. et al. Care of user with suicidal behavior: the view of Health Community Agents – a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Niteroi, v. 7, n.3, p., Sep 2008.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Referências: Informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça: **Lei dos Direitos Autorais**. Lei Federal nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. 1998. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm)>. Acesso em 07 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em 02 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. **Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**: relatório final. 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficinas.pdf>>. Acesso em 06 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em 06 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 02 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 3088/GM**, de 23 de dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica número 34. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COOPER, H. M. **The integrative research review: a systematic approach**. Beverly Hills: Sage; 1989.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud. psicol. (Natal)**. Natal, v. 3, n. 1, Junho, 1998.

ESTEVAM M. C, et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Rev Esc Enferm USP**. Maringá, v. 17, n. 1, p. 93-101, jan./mar, 2011.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Apr. 2001.

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E, ONOCKO R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS C. R., et al., organizadores. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-42.



NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002.

\_\_\_\_\_ et al. 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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Oct. 2007.

OLIVEIRA, I. F. de; et al . O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 17, jun. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope**. Geneva, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)>. Acesso em 08 de novembro de 2014.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, Mar. 2014.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc**; v. 21, n. 4, out.-dez. 2012. tab.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface Comun Saúde**, Botucatu, v. 6, n. 10, 2002.

WAIDMAN, M. A. P. et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012.

\_\_\_\_\_ et al. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Instrumentos de avaliação dos artigos

|   |
|---|
| <b>Título do artigo:</b>  |
| Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária  |
| <b>Autores:</b>   |
| NUNES; JUCÁ. VALENTIM.  |
| <b>Periódico:</b>   |
| Cad. Saúde Pública  |
| <b>Ano de publicação:</b>   |
| 2007  |
| <b>Descritores/Palavras-chave:</b>  |
| Programa saúde da família, saúde mental, cuidados primários em saúde  |
| <b>Objetivo do estudo:</b>  |
| Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções no contexto do Programa Saúde da Família e identificar ainda fatores favorecedores e dificultadores dessas ações, o nível de formação específica desses profissionais na área de saúde mental, o conhecimento que eles detinham acerca das propostas da Reforma Psiquiátrica e o nível de implantação e de funcionamento de uma rede de serviços que contemplasse ações em saúde mental.   |
| <b>Metodologia</b>  |
| <b>1) Tipo de Estudo:</b>   |
| Método qualitativo  |
| <b>2) População/Amostra:</b>  |
| Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família  |
| <b>Resultados:</b>  |
| <p>“Essa questão da saúde mental que eu não sei nem se o PSF pode estar cumprindo com esses objetivos, mas seria bom que a gente pudesse, porque a gente estaria também dando atenção aos nossos pacientes de doença mental, porque eles veem assim a gente tratando de hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, mas ele não é tratado como doente mental, e talvez, como eu já tive paciente mesmo da família me procurar pra ver o que eu posso fazer, mas eu não posso fazer nada, nem a minha unidade de saúde, então, eu acho que é um objetivo que a gente não está cumprindo...” (agente comunitário de saúde).</p> <p>Os profissionais se queixam da quase inexistência de práticas de saúde mental nas quatro ESF estudadas, causas atribuídas pelos entrevistados: (i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; (ii) a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de</p> |

entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras.

Contato com casos de portadores de transtornos mentais, demonstrando conhecimento dessa problemática na sua realidade e referindo habilidade de identificar os mesmos, sem que, necessariamente, tenham sido capazes de oferecer uma solução adequada para o mesmo:

O grupo dos agentes comunitários de saúde mostra um trânsito mais cotidiano com famílias que têm algum membro com problema mental e, talvez por serem residentes na comunidade, tentam formas de lidar de modo mais contínuo com esses casos.

“Aqui já teve caso da gente internar, acompanhar, nada. A gente tem um caso, são dois pacientes que a gente orienta se tá, e eles nunca chegou a precisar, única coisa que já aconteceu foi o policial levar ele até em casa, que ele estava agredindo, e a mãe pediu para ele tomar a medicação. Conseguimos contornar esse caso, tomou a medicação, ficou calmo. Mas, se esse paciente vier a ter alguma crise e precisar do auxílio da equipe do PSF, eu, como técnico, não sei te dizer como fazer” (agente comunitário de saúde).

Nas entrevistas realizadas, muitos dos trabalhadores criticaram os cursos rápidos aos quais tiveram acesso e que, segundo eles, não preparam efetivamente para o manejo desse tipo de paciente.

|   |
|---|
| <b>Título do artigo:</b>  |
| Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde – estudo qualitativo  |
| <b>Autores:</b>   |
| ABREU, KOHLRAUSCH, LIMA.  |
| <b>Periódico:</b>   |
| Online Brazilian Journal of Nursing   |
| <b>Ano de publicação:</b>   |
| 2008  |
| <b>Descritores/Palavras-chave:</b>  |
| Tentativa de suicídio; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família   |
| <b>Objetivo do estudo:</b>  |
| Analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento prestado a usuários com comportamento suicida nas unidades básicas de saúde, destacando as ações desenvolvidas com esses usuários. |
| <b>Metodologia</b>  |
| <b>1) Tipo de Estudo:</b>   |
| Método qualitativo.   |
| <b>2) População/Amostra:</b>  |
| Agentes Comunitários de Saúde   |
| <b>Resultados:</b>  |
| As ações identificadas foram divididas em ações preventivas com usuários e ações com familiares de usuários com comportamento suicida. As ações   |

preventivas realizadas com maior frequência com usuários com comportamento suicida são: comunicação para a equipe sobre a ocorrência do fato, escuta e acolhimento, verificação sobre a administração correta da medicação, visitas domiciliares com maior periodicidade, marcação, encaminhamento e verificação sobre o fato dos usuários terem ido às consultas marcadas. As ações relatadas com menor frequência foram orientações ao usuário com comportamento suicida sobre questões de saúde, realização de busca ativa, registro da causa externa e questionamento sobre a ideação suicida. É importante ressaltar que todos os ACS entrevistados já realizaram atendimento a usuários com comportamento suicida.

Os ACS realizam algumas atividades com familiares dos usuários, como visitas domiciliares, planejamento de grupos para familiares de usuários com transtornos mentais e orientação sobre a importância da restrição ao acesso a meios letais. Entre as ações atribuídas aos ACS está a realização de atividades de promoção e prevenção à saúde por meio de visitas domiciliares, de ações educativas, da manutenção do contato permanente com as famílias, buscando alternativas de solução das suas necessidades prioritárias, bem como fornecer informações para a equipe sobre os acontecimentos.

Os ACS julgam importante para a realização de seu trabalho saber abordar e conversar com o usuário, identificar o problema e o motivo que levou o usuário a tentar o suicídio, conhecer a história de vida do usuário e um pouco sobre transtornos mentais, com a finalidade de diferenciar a orientação realizada.

A atuação dos ACS tem a peculiaridade de apontar as diversas necessidades dos usuários. Por isso, esses trabalhadores conseguem reconhecer o comportamento suicida na comunidade com mais frequência do que outros profissionais.

O número reduzido de ACS nas equipes deixa-os sobrecarregados de tarefas, inclusive administrativas, e os usuários ficam desassistidos. Dessa forma, torna-se difícil realizar acompanhamento de familiares de usuários com comportamento suicida, visto que a demanda de trabalho é muito grande.

Evidenciou-se neste estudo a insatisfação dos ACS em relação às capacitações que recebem em saúde mental.

|   |
|---|
| <b>Título do artigo:</b>  |
| Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira |
| <b>Autores:</b>   |
| SOUZA et al.  |
| <b>Periódico:</b>   |
| Saúde e Sociedade   |
| <b>Ano de publicação:</b>   |
| 2012  |
| <b>Descritores/Palavras-chave:</b>  |

|  |
|--|
| Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Saúde da Família.  |
| <b>Objetivo do estudo:</b>   |
| Analisar os principais temas da literatura científica brasileira sobre saúde mental na Estratégia Saúde da Família.  |
| <b>Metodologia</b>   |
| <b>1) Tipo de Estudo:</b>  |
| Revisão de literatura  |
| <b>2) População/Amostra:</b>   |
| 38 artigos   |
| <b>Resultados:</b>   |
| <p>Agentes de saúde pesquisados por Barros e colaboradores (2009) forneceram respostas heterogêneas sobre transtornos mentais, com raciocínios frequentemente restritos ao aspecto biológico. As práticas relatadas foram caracterizadas por distanciamento cognitivo, afetivo e físico. O isolamento social, característica comum em transtornos mentais, foi interpretado unicamente como decorrência de fatores individuais e não sociais.</p> <p>Os usuários eram percebidos como instáveis, potencialmente agressivos e perigosos, o que acarretava sentimento de medo.</p> <p>Dificuldades para se relacionar com a alteridade: condutas estereotipadas, medo do diferente, postura assistencialista, entre outras.</p> <p>As práticas “centradas na doença”, como acompanhamento de medicação e consultas, foram mais citadas.</p> <p>Práticas de promoção de saúde, como construção de vínculos, participação em grupos terapêuticos, ênfase na interação social, apoio à família e visitas domiciliares.</p> <p>Os agentes pesquisados por Feneric e colaboradores (2004) mostraram-se inseguros, por exemplo, sobre o que fazer diante de uma “descompensação” emocional de um usuário.</p> <p>Em geral, eles se percebiam como importantes para as terapêuticas empregadas, mas tinham dificuldades em explicar casos bem-sucedidos, o que mostra que os instrumentos de intervenção e seus “princípios ativos” não estavam claros.</p> <p>Barros e colaboradores (2009) notaram que os agentes se apropriaram de noções importantes da Reforma Psiquiátrica, como a ênfase na importância das interações sociais para a reabilitação psicossocial. Os agentes fazem parte da população atendida, o que pode facilitar a postura de escuta e o diálogo, instrumentos de trabalho muitas vezes preteridos pelo “especialista” (Barros e col., 2009).</p> |

|  |
|--|
| <b>Título do artigo:</b>   |
| Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental  |
| <b>Autores:</b>  |
| WAIDMAN; COSTA; PAIANO.  |
| <b>Periódico:</b>  |
| Revista da Escola de Enfermagem da USP   |
| <b>Ano de publicação:</b>  |
| 2012   |
| <b>Descritores/Palavras-chave:</b>   |
| Transtornos mentais, Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, Enfermagem psiquiátrica, Saúde mental   |
| <b>Objetivo do estudo:</b>   |
| Identificar as percepções de Agentes Comunitários de Saúde acerca de saúde e transtorno mental, bem como verificar o preparo desses agentes para atuar na área.  |
| <b>Metodologia</b>   |
| <b>1) Tipo de Estudo:</b>  |
| Pesquisa qualitativa.  |
| <b>2) População/Amostra:</b>   |
| 45 Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família.   |
| <b>Resultados:</b>   |
| <p>Nenhum dos Agentes Comunitários de Saúde distinguia saúde de transtorno mental, tratando-os como sinônimos. Observamos que alguns não tinham conhecimento suficiente para diferenciar transtorno mental de problemas neurológicos.</p> <p>Sentimento de medo de alguns entrevistados em relação às pessoas com transtorno mental, por considerá-las agressivas e por elas poderem se mostrar mais agitadas.</p> <p>Alguns Agentes Comunitários de Saúde têm receio de se inserir na dinâmica familiar, mas reconhecem o sofrimento psíquico pelo qual os familiares passam e sabem que envolvê-los no cuidado como sujeito ativo auxiliará na inserção das pessoas com transtornos mentais no convívio com a sociedade (...). Identificamos que alguns acreditam não ser necessária a assistência à família e buscam não interferir na dinâmica de seus membros.</p> <p>Ainda não está claro o papel da assistência em saúde mental no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, pois a grande preocupação deste ainda são os grupos considerados de risco para a saúde, como preconiza o Ministério da Saúde. Quando questionados em relação ao público-alvo das ações de saúde nas quais se tem a oportunidade de também trabalhar saúde mental, notamos que essas ações estão restritas aos denominados grupos de risco, englobando adolescentes, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos.</p> <p>Atividade descrita pelos Agentes Comunitários de Saúde como capaz de estabelece rum relacionamento terapêutico foi a visita domiciliária (VD), que se</p> |

constitui num instrumento facilitador na abordagem dos usuário se sua família. Compreendem a importância de um trabalho multidisciplinar na atenção à saúde em que todos tenham como objetivo comum conseguir o bem-estar da família e da pessoa com transtorno mental por meio de um trabalho articulado que forneça um atendimento integral.

Os profissionais dizem que, em decorrência da alta demandado serviço, não têm tempo para se dedicar a atividades de saúde mental. Há também a falha do profissional em não incluir em sua prática ações de cuidado psíquico, por considerar outros atendimentos como de maior relevância.

Demora nos serviços de referência e contrarreferência e a falta de profissionais.

Muitos profissionais não se sentem capacitados para atender as pessoas com transtornos mentais por falta de cursos e treinamentos.

|  |
|--|
| <b>Título do artigo:</b>   |
| O cuidado em saúde mental pelos agentes Comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?  |
| <b>Autores:</b>  |
| SANTOS; NUNES, 2014  |
| <b>Periódico:</b>  |
| Physis: Revista de Saúde Coletiva  |
| <b>Ano de publicação:</b>  |
| 2014   |
| <b>Descritores/Palavras-chave:</b>   |
| saúde mental; agentes comunitários de saúde; conhecimento, atitude e práticas em saúde   |
| <b>Objetivo do estudo:</b>   |
| descrever o conhecimento em saúde mental construído pelo agente comunitário de saúde, concomitante à produção de cuidado em saúde mental.  |
| <b>Metodologia</b>   |
| <b>1) Tipo de Estudo:</b>  |
| Trata-se de pesquisa qualitativa.  |
| <b>2) População/Amostra:</b>   |
| Três grupos de sessão única, tendo em média seis ACS cada, sendo três homens e 15 mulheres   |
| <b>Resultados:</b>   |
| Pode-se afirmar que a maneira de os participantes perceberem as necessidades de saúde mental da comunidade em seu cotidiano de trabalho é dinâmica.  |
| A vinculação com a família é uma condição para o início da relação de cuidado com a pessoa em sofrimento. Mesmo sendo por vezes encarado como obstáculo, isso é acatado, haja vista que, mesmo morando na mesma comunidade, o ACS é um agente externo à família. O respeito à autonomia deste grupo é algo de grande importância, de forma a evitar uma relação de intrusão. |



O cuidado do ACS às famílias concentra-se, em mediar conflitos, conversar, veicular informações sobre onde e com que profissionais os familiares cuidadores devem se consultar ou acompanhar o usuário;

Transitar por esse território é a principal maneira de produzir saberes sobre os processos de adoecimento mental e práticas de cuidado condizentes com a realidade do trabalho;

Se utilizam, no contato com a comunidade, da perspectiva de quem é nativo do local, reconhecido pelos habitantes como alguém de dentro, socializado a partir dos mesmos valores e apropriado de uma semiologia local, sem realizar qualquer esforço para definir o léxico que sua comunidade utiliza. Por outro lado, nos espaços de discussão sobre o trabalho com outros profissionais, empreendem um esforço de interpretação sobre aquilo que veem e buscam conceituar em suas falas, bem como se apropriando dos conceitos “profissionais”.

Contatos com outros trabalhadores, apontados como propícios à produção pedagógica: o Grupo de Trabalho (GT) em Saúde Mental, que envolve representantes de diversos serviços de saúde, educação e assistência social do Distrito Sanitário; e o Apoio Matricial com um CAPS; Nota-se que os dispositivos descritos – convivência na comunidade, GT, fóruns de discussão e intervenções culturais – são evocados nas falas como uma prática cotidiana para produção de conhecimento no trabalho dos participantes. No entanto, ações educativas como cursos, palestras e discussão de manuais inexistem nas falas, o que aponta a necessidade e relevância de práticas educativas ativas e significativas para os participantes.

No cuidado em SM, os ACS desenvolvem habilidades no uso de tecnologias baseadas especialmente na relação e aprendidas no cotidiano de visitas, casa a casa. A partir disso, a própria experiência de vida do trabalhador e suas convicções filosóficas se tornam instrumentos de trabalho (...). A conversa como um recurso que descobriram ser potente frente aos sofrimentos localizados nos modos de levar a vida. Conversar e dispor sua experiência de vida com o intuito de produzir saúde é um constructo que surge da polifonia presente nos encontros ACS-usuários, de onde emergem conceitos de saúde personalizados (...). Disposição em escutar o outro foi elencada como uma ferramenta de trabalho que apresenta resultados positivos no cuidado. Demanda, entretanto, uma relação de confiança construída sobre a ética profissional, registro importante para trabalhadores que habitam o local onde atuam;

Monitorar o tratamento com psicofármacos;

Encontramos uma recorrência do sentimento de medo dos ACS quando se deparam com problemas relacionados à loucura

**APÊNDICE B – Quadro sinóptico geral**

| Título | Ações dos Agentes Comunitários de Saúde |
|--------|---|
|        |   |
|        |   |
|        |   |

**ANEXOS**

**ANEXO A – Parecer de Aprovação da COMPESQ**

- > Date: Tue, 2 Dec 2014 09:12:09 -0200
- > Subject: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem
- > To: eglek@hotmail.com
- > From: [lilian\\_cordova@hotmail.com](mailto:lilian_cordova@hotmail.com)
- >
- > Prezado Pesquisador EGLE REJANE KOHLRAUSCH,
- >
- > Informamos que o projeto de pesquisa Ações dos Agentes Comunitários de Saúde na detecção do comportamento suicida: uma revisão integrativa encaminhado para análise em 28/11/2014 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:
- >
- > Aprovado
- >
- > Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .
- >
- > Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

## ANEXO B – Adendo ao Parecer de Aprovação da COMPESQ

- > Date: Thu, 23 Apr 2015 16:54:21 -0300
- > Subject: Adendo ao projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem
- > To: [eglek@hotmail.com](mailto:eglek@hotmail.com)
- > From: [lilian\\_cordova@hotmail.com](mailto:lilian_cordova@hotmail.com)
- >
- > Adendo ao projeto 28280 - encaminhado para análise em 17/04/2015 foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:
- > Aprovada a inclusão das alterações a seguir no projeto de revisão integrativa:
- > Título: Ações de Agentes Comunitários de Saúde realizadas com indivíduos em
- > sofrimento psíquico: uma revisão integrativa
- > - Questão norteadora: Quais são as ações dos Agentes Comunitários de Saúde na
- > Estratégia de Saúde da Família, descritas na literatura, realizadas com indivíduos
- > em sofrimento psíquico?
- > - Objetivo: Identificar, na literatura científica, as ações dos Agentes Comunitários de
- > Saúde na Estratégia Saúde da Família realizadas com indivíduos em sofrimento
- > psíquico.
- > - Revisão de literatura: redirecionada para atender o objetivo.
- > - Descritores: saúde mental, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da
- > família e atenção primária à saúde.
- >
- >
- > Atenciosamente,
- >
- > Comissão de Pesquisa de Enfermagem