

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Jania Lurdes Pires Samudio

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO ENCONTRO ENTRE AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE E USUÁRIO

Montes Claros, MG

2016

Jania Lurdes Pires Samudio

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO ENCONTRO ENTRE AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE E USUÁRIO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Andrade Sampaio.

Montes Claros, MG
2016

S187c Samudio, Jania Lurdes Pires.
O cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário [manuscrito] / Jania Lurdes Pires Samudio. – 2016.
79 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Cartografia – Pesquisa de campo. 4. Revisão integrativa. 5. Saúde mental. I. Sampaio, Cristina Andrade. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Tôrres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dario Alves de Almeida

Pró-reitor de Pós-Graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenadora de Pós-Graduação *Lato Sensu*: Professora Karina Gisele Cevalles Viana

Coordenador de Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Professor Ildenílson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Maisa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: JANIA LURDES PIRES SAMUDIO

TÍTULO DO TRABALHO: "O cuidado em saúde mental no encontro entre Agente Comunitário de Saúde e usuário"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde e Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)

PROFª. DRª. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

PROFª. DRª. ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI

PROFª. DRª. APARECIDA ROSÂNGELA SILVEIRA

ASSINATURAS

Roberta Carvalho Romagnoli
Ap. Silveira

BANCA (SUPLENTES)

PROFª. DRª. MARIA APARECIDA VIEIRA

PROF. DR. ILDENILSON MEIRELES BARBOSA

ASSINATURAS

Maria Aparecida Vieira
Ildenilson Meireles Barbosa

APROVADO

REPROVADO

“Não cabe temer ou esperar,
mas buscar novas armas”
(DELEUZE, 1992, p.220)

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação nasce de muitos encontros, muitos e tantos pelos quais devo agradecer. Encontros produtores de vida, pelo fato de assim o desejarem, ou de levarem a outros encontros.

Tantos são esses agradecimentos, pois vários são os que me ajudaram, se fizeram preciosa companhia nesse percurso que, aqui, recebe uma marca: também acadêmica, mas também além.

À minha mãe, pelo significante “diferente”, que tão bem escutei diversas vezes. Situo nele minha potência para me inventar. Ao meu pai pela transmissão do otimismo frente às dificuldades trazidas pela vida, expressada na frase “A gente dá um jeito!”. Ambos se refletem nesse percurso. Aos meus irmãos, Jarbas e Jonas, por me mostrarem que o amor fraterno se faz acolhedor. Especialmente Jonas, por ter estudado comigo e ter me acompanhado na travessia pelo mundo das palavras. Às minhas cunhadas Angélica e Aline e minha sogra Beth pela disponibilidade da escuta; aos meus sobrinhos, Miguel e Rafael, que me mostram que a vida está em constante renovação.

Ao meu amor Álvaro, porque diversas vezes precisei ficar longe e, assim, aceitou minha outra paixão: o querer saber, aprender. Obrigada! O seu respeito a isso me traz felicidade e desejo de trilhar mais passos ao seu lado.

À minha orientadora Cristina Sampaio por ter me apresentado Deleuze e Guattari. Lançou-me, assim, à emergência de dar outros sentidos à minha realidade, de criar movimentos.

A Roberta Romagnoli, potência e alegria em ato, pela gentileza em compartilhar o que sabe. Compreendi com você o que significa um bom encontro e a produção de vida. E, nesse primeiro movimento, situo a força de existir conhecendo, aprofundando, aceitando ser afetada pelos encontros porvir.

A Aparecida Rosângela Silveira pelas diversas oportunidades e reconhecimento pelo meu trabalho. Pela referência de profissional que é. Acredito haver, também, um bom encontro entre nós.

A Maria Aparecida Vieira, pela competência e disponibilidade em ajudar.

A Leila Gusmão por ter me apoiado e incentivado a buscar sempre mais e, claro, pelas boas risadas.

Aos meus amigos da minha rede de trabalho, pelas diversas vezes que me auxiliaram quando precisei. Também contribuíram para esta possibilidade.

Aos meus amigos, pelas diversas vezes que me escutaram e compartilharam dos meus medos e angústias; mas me apoiaram para que continuasse.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que participaram desta pesquisa, por me proporcionarem cartografar a imanência do seu cuidado. Por permitirem que eu me afetasse com a Teoria Esquizoanalítica em ato e, assim, agenciasse outras potências. E, aos meus colegas Agentes Comunitários de Saúde, agradeço por também me afetarem no cotidiano de trabalho e me fazerem dar sentidos à minha profissão; a inventar a cada novo encontro.

Aos pacientes dos diversos serviços de saúde mental que já acompanhei e acompanho; graças a vocês, minha escuta tem se aprimorado e tenho aprendido cada vez mais.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil se constitui pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares odontológicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por ser porta de entrada do modelo assistencial de saúde, a ESF acaba sendo o primeiro contato dos usuários, inclusive, dos portadores de transtorno mental, e o ACS, por estar próximo da comunidade e das famílias, também torna-se o primeiro profissional a identificar e acolher casos de saúde mental. Sobre essa temática, foram realizados dois estudos. O primeiro consistiu em um estudo exploratório de revisão integrativa de literatura que objetivou descrever o conhecimento produzido na literatura acerca das atividades realizadas e da inserção no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e em outros países que contam com esse profissional em seu sistema de saúde. Estruturaram a revisão: estudos na íntegra, acessíveis e publicados no período de 2010 a 2014, nos idiomas inglês, espanhol e português, presentes nas bases de dados SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed e Portal CAPES e que procurassem responder ao objetivo proposto. Após leitura detalhada dos títulos e resumos, selecionaram-se 240 artigos, sendo que, ao final do procedimento, a amostra se compôs de 19 artigos. Os resultados mostram que o ACS possui funções associadas ao desempenho de diversas ações na comunidade; o ACS possui fragilidades no seu fazer e a sua inserção no mercado de trabalho relaciona-se ao país e sistema de saúde do qual faz parte. O segundo estudo consistiu em pesquisa de campo, com percurso metodológico da Cartografia, que se sustenta na Esquizoanálise, teoria filosófica de Gilles Deleuze e Félix Guattari, que se interessa em mapear as linhas de força que conectam o objeto de estudo, neste caso, objetivou mapear o cuidado em saúde mental ofertado pelos ACS. A pesquisa foi realizada por meio de três grupos focais formados por 11 ACS de equipes diferentes de ESF, localizadas no município de Montes Claros, MG, sorteados aleatoriamente. Os resultados apontam a possibilidade de deslocamento na forma de cuidar do ACS: as linhas duras, “quem cuida são os profissionais psi” e “cuidar sem se envolver”, são atravessadas por linhas maleáveis e de fuga, quando ele se localiza como também capaz de cuidar dos casos de saúde por meio da escuta e que precisa pensar sobre o cuidado que tem sido ofertado por ele. No entanto, ainda assim, logo são reterritorializados por nova linha dura: “escutar não basta”. Esta pesquisa, portanto, apontou a potencialidade do ACS no cuidado em saúde mental na APS, sendo ele um trabalhador propício à invenção de sua subjetividade e, conseqüentemente, da Reforma Psiquiátrica. No entanto, para tal, ele precisa de agenciamentos que contribuam para novas formas de cuidado, os quais seriam interessantes de acontecer no seu próprio território de trabalho, para dar-lhe visibilidade e reconhecimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Cartografia; Revisão Integrativa; Saúde Mental.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) in Brazil is made of teams of the Family Health Strategy (FHS), constituted by medical professionals, nurses, nurse's aides, dentists, dental assistants and Community Health Agents (CHA). As the first contact to the health care model, the PHC is the first contact of the users, including, the mental illness bearers, and the CHA being close to the community and to the families also become the first professional to identify and receive the cases of mental health. Under this theme, two studies were done. The first consisted in an exploratory integrative review study of literature that aimed in describing the knowledge in literature about the activities done and the insertion of the work of the Community Health Agents in Brazil and in other countries that have this professional in their health system. The structure of the review was: whole, accessible studies published during the period of 2010 to 2014, in English, Spanish and Portuguese that were found in the data bases SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed and Portal CAPES and that could answer the aimed purpose. After the detailed reading of the titles and abstracts, 240 articles were initially selected, and at the final of the procedure, the sample was of 19 articles. The results showed that the CHA have functions associated to the performance of various actions in the community; the CHA have fragilities in their work and their insertion in the job market is related to the country and health system in which they are part of. The second study was a field research, using map-making as method, that is based in the Schizoanalysis, philosophic theory of Gilles Deleuze and Félix Guattari, that is interested in mapping the strength lines that connects the object of study, in this care, aimed in mapping the care in mental health offered by the CHA. The research was done through three focal groups formed by 11 CHA of different teams of FHS, located in the city of Montes Claros, MG, selected randomly. The results point to the possibility of shifting in the way of caring of the CHA: the hard lines, "who takes care are the psychiatric and psychological professionals" and "caring without involving themselves" are leaded through flexible and escape lines, when they see themselves as also capable of caring of the health cases through listening and the need of thinking on the care that was offered to the user. Nevertheless, still, they are reterritorialized to a new hard line: "listening is not enough". Therefore, this research points to the potentiality of the CHA in the mental health care in the PHC, being the CHA a worker who is able to invent their subjectivity and, consequently, of Psychiatric Reform. However, for so, the CHA need managing that contributes to new ways of caring, which would be interesting to be done in their own workplace to give them visibility and recognition.

Key words: Primary Health Care; Community Health Agent; Cartography; Integrative Review; Mental Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral.....	14
2.2	Objetivos específicos	14
3	METODOLOGIA	15
3.1	Delineamento do estudo	15
3.2	Objeto do estudo	15
3.3	Coleta de dados	15
3.4	Análise dos dados	17
3.5	Aspectos éticos	18
4	PRODUTOS CIENTÍFICOS	20
4.1	Artigo 1: Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.....	20
4.2	Artigo 2: Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre Agente Comunitário de Saúde e usuário.....	50
4.3	Resumo simples apresentado no IX Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG) da Unimontes.....	69
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICE.....	75
	ANEXO.....	76

1 INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instituiu-se, no Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS – como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990, p. 02). Um modelo público de ações e serviços de saúde, com o propósito de fazer ver a saúde como um direito universal do ser humano, em todo território nacional, e de demonstrar o papel do Estado de garantir esse direito (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Com vistas a organizar e a direcionar ações e serviços de saúde do SUS, foram criados princípios e diretrizes, pela Lei Orgânica da Saúde. São eles: universalidade de acesso para qualquer pessoa em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem haver discriminação de qualquer espécie; integralidade da assistência, considerando-se ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; participação da comunidade, por meio de entidades representativas, na formulação, fiscalização, controle e avaliação das políticas, ações e serviços em saúde; descentralização político-administrativa com ênfase para os municípios e regionalização/hierarquização da rede de serviços (BRASIL, 1990).

Compreendendo-se que os problemas de saúde não se distribuem de forma uniforme na população, no território e no tempo, são exigidas tecnologias de diferentes especializações, complexidades e custos. Por isso, a organização da rede de serviços do SUS se fez necessária através de níveis de atenção (hierarquização): um nível mais básico, formado por tecnologias e profissionais frequentemente necessários a toda a população, e outro mais especializado, constituído por ambulatórios especializados, hospitais e unidades de terapias e diagnoses (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

No Brasil, o nível básico denomina-se Atenção Básica à Saúde, que possui consonância com a proposta internacional de Atenção Primária. Caracteriza-se como a base do sistema de saúde, responsável pela racionalização dos recursos, por meio de um conjunto de funções combinadas, tais como: porta de entrada para novos problemas de saúde, acompanhamento longitudinal e integral das pessoas, e coordenação da assistência em saúde, com vistas aos problemas mais comuns da comunidade; também contemplando prevenção, cura e

reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002). Essa concepção ampliou o estabelecido pela Declaração de Alma Ata, que caracterizava os cuidados primários essenciais, situando a comunidade como mais participativa e responsável pela organização e tomada de decisões quanto aos serviços que a compõem, os quais devem promover, prevenir, curar e reabilitar, dentro das necessidades demandadas (BRASIL, 2002).

Com vistas a assegurar os princípios do SUS, após experiências exitosas no Ceará, em 1987, com o Programa de Agentes de Saúde (MENDES, 2012), criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), no ano de 1991, inicialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, em áreas periféricas urbanas e rurais. O objetivo era garantir, em caráter de emergência, assistência básica à população sem acesso a condutas médicas. No entanto, devido à escassez da assistência médico-sanitária, os agentes foram realizando outras atividades, desde o cadastramento da população até ações de promoção e proteção à saúde da criança e da mulher, considerando prioritariamente casos mais vulneráveis (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Isso configurou uma atenção primária com assistência seletiva, contrária aos princípios do SUS e, devido à abrangência e alcance da atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), gerou-se uma demanda por serviços de saúde com tecnologia de maior densidade. Frente a essa situação, novamente no Ceará, juntaram-se, ao ACS, médicos e enfermeiros generalistas, compondo-se equipes responsáveis por uma população adscrita territorialmente e organizadas por famílias (MENDES, 2012).

Essas experiências fizeram o Ministério da Saúde lançar, em 1994, o Programa Saúde da Família-PSF, como política oficial da atenção primária à saúde no Brasil (MENDES, 2012) e, com a Portaria nº 648/GM de março de 2006, lançou-se a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, estabelecendo-se a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o PACS. Dessa forma, o PSF e sua adequada implementação se caracterizam como elemento estratégico para a consolidação do SUS, via participação e controle social e municipalização. A expansão do programa para estratégia possibilitou à Atenção Primária à Saúde um caráter mais abrangente, pois preconiza uma equipe multiprofissional – composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde – responsável por um território definido e cadastrado, e que acompanha uma população adscrita. Assim, como uma prática de atenção à saúde apoiada em novas bases que substituem o modelo tradicional, por meio da

aproximação saúde e família, ampliou a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade, tornando-se capaz de reordenar o modelo de atenção no SUS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2009).

A presença desse novo profissional, o ACS, na Estratégia Saúde da Família, promoveu a definição de seu perfil e atribuição profissionais (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). O seu trabalho consiste em uma extensão dos serviços de saúde na comunidade, em consequência de residir naquela onde trabalha e com ela possuir um envolvimento pessoal. Essa proximidade o coloca numa posição de comunicação com seu território e desenvolvimento de uma liderança, contribuindo para o enfrentamento das situações-problema que envolvem as famílias pelas quais é responsável. Vislumbra-se, dessa forma, que o ACS atua com o objetivo de ofertar qualidade de vida às pessoas (BRASIL, 2009); para isso, sua criatividade é fundamental, pois é orientado por um compromisso com o trabalho que o desafia e pelo compartilhamento, com as famílias, de uma mesma cultura e dificuldades, situando-se fora de um cumprimento mecânico de tarefas (LAVOR, 2010).

O ACS deve ser capaz de: 1) identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; 2) encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; 3) orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde; e 4) acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados (BRASIL, 2009).

Situando a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002) e, por sua atuação nela, o ACS tem condições de encontrar casos de transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, de forma rotineira. Isso o coloca como participante da Política Nacional de Saúde Mental, uma vez que o cuidado em saúde mental deve acontecer por meio da implantação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitam de cuidado (BRASIL, 2001). Esses serviços fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se destina a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, evidenciando que a complexidade desses casos exige um número maior de dispositivos articulados entre si e não um único serviço, como já aconteceu: o hospital psiquiátrico. A RAPS, portanto, orienta-se no paradigma da Reforma Psiquiátrica de desinstitucionalização, uma vez que aposta na desconstrução do aparato psiquiátrico compreendido como

instituição/prática/saberes reducionistas da complexidade do fenômeno da loucura, com vistas ao direito à cidadania dos usuários e criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, de base territorial (ROTELLI *et al.*, 1990).

A Declaração de Caracas reforça que a saúde mental deve se organizar a partir da Atenção Primária, promovendo ao portador de sofrimento mental uma assistência na comunidade onde estiver inserido (OPAS, 1990). Ao encontro dessa Declaração, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21/05/2013, institui, no Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Atenção Primária à Saúde localiza-se como um dos seus componentes, constituída pelas Unidades Básicas de Saúde, formadas por Equipes de Atenção Básica, Equipes de Consultório na Rua e Equipes de Apoio ao Serviço Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em meio a novas práticas de saúde exercidas pelas equipes de Saúde da Família – práticas que rompem com o modelo curativo, medicalizante, vertical e centrado no médico, e colocam em cena o modelo de atenção que percebe seu usuário como ser integral, promovendo-lhe saúde –, o portador de transtorno mental também passa a ser visto de forma diferente: como alguém que necessita de cuidados integrais, que lhe proporcionem dignidade, resolutividade e inclusão social. É no seu território que esses cuidados podem acontecer, ainda mais quando se pensa na ESF, pois essa pode oferecer cuidados integrais quanto à saúde, além de resolver situações que demandam intervenções imediatas; como questões associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, aos egressos de internações psiquiátricas, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos portadores de transtornos mentais graves e às situações decorrentes da violência e da exclusão social (BÜCHELE *et al.*, 2007). Tais situações não necessitam de níveis mais complexos para serem resolvidas, inclusive possibilitam seu enfrentamento pelas equipes de Saúde da Família, superando o modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental (DIMENSTEIN *et al.*, 2005).

Isso posto, a intenção deste estudo é capturar as forças que atravessam o cuidado em saúde mental, quando acontece o encontro do ACS com usuários de crack, álcool e outras drogas e com portadores de transtorno mental.

Assim, esta investigação, sobre como acontece o cuidado em saúde mental na APS, sobretudo, pelo ACS, tido como mais um dos profissionais da Reforma Psiquiátrica, justifica-se pela constatação de que estudos sobre o cuidado do ACS em saúde acontecem sob uma lógica instrumental, normatizada e estruturada por um saber técnico, ditado por um modelo biologicista. E, por isso, suas capacidades inventivas acabam por ser capturadas por esta realidade (FERREIRA *et al.*, 2009). Mas, e em saúde mental, como acontece? A essa questão dirigimos nossa pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ✓ Conhecer e analisar os encontros dos Agentes Comunitários de Saúde com o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde no município de Montes Claros e o seu plano de forças.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Mapear o cuidado em saúde mental no território de atuação do ACS;
- ✓ Compreender o que é o cuidado em saúde mental para o ACS na APS;
- ✓ Identificar quais as questões relacionadas à saúde mental, enfrentadas pelos ACS no seu cotidiano de trabalho;
- ✓ Conhecer quais cuidados em saúde mental os ACS realizam no seu cotidiano de trabalho;
- ✓ Realizar revisão de literatura sobre as atividades realizadas e a inserção no trabalho dos ACS no Brasil e em outros países.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Sobre a temática foram realizados dois estudos: a revisão integrativa, que se trata de um estudo exploratório e descritivo; e a pesquisa de campo, um estudo cartográfico.

3.2 Objeto de estudo

O objeto de estudo da revisão integrativa da literatura referiu-se às ações realizadas pelo ACS na APS. Quanto ao objeto de estudo da pesquisa de campo, este se constituiu pelo plano de forças que surge no encontro entre ACS e usuário no cuidado em saúde mental na APS.

Para a revisão integrativa, os critérios de inclusão foram: estudos na íntegra, acessíveis e publicados no período de 2010 a 2014, nos idiomas inglês, espanhol e português, e que procurassem responder ao objetivo proposto. Foram excluídas as publicações duplicadas, as presentes em mais de uma base e aquelas sem pertinência para a temática.

Como critério de inclusão da pesquisa de campo, elencou-se: ser ACS com, no mínimo, um ano de experiência nessa função e ser integrante das equipes de ESF. Como critério de exclusão, considerou-se ser ACS de equipes de ESF da zona rural.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados da revisão integrativa apoiou-se nas seguintes questões: “Quais as atividades realizadas pelos ACS na APS no Brasil e no mundo? Qual sua inserção no trabalho em saúde?” Posteriormente, selecionaram-se os descritores entre os constantes na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizados de forma isolada ou combinada. A seguir, procedeu-se à busca nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online-SciELO*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line-MEDLINE*, *US National Library of Medicine National*

Institutes of Health-PubMed e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPEs. Efetuou-se a seleção dos estudos pertinentes por dois pesquisadores, que trabalharam em conjunto, e os artigos discordantes foram analisados por um terceiro pesquisador. Assim, as informações dos estudos relativas ao assunto, dados da publicação, autoria, local e ano de publicação, base de indexação, local do estudo, objetivo, desenho metodológico e principais resultados foram sintetizados numa planilha.

Para a pesquisa de campo, a coleta de dados aconteceu por meio de três grupos focais orientados pelas perguntas: “Qual é a sua percepção sobre o cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde? Como se dá o cuidado em Saúde Mental em seu cotidiano de trabalho?” Cabe, aqui, esclarecer o porquê dessas duas questões, uma vez que elas se relacionam paradoxalmente com o caráter de uma pesquisa cartográfica. A primeira questão, ao tratar da percepção do ACS sobre o cuidado em saúde mental, permite conhecer o mundo das formas construído por ele. Significa que a percepção permite apreender as formas do mundo para, posteriormente, projetar sobre elas a representação que se possui, formulando-se, assim, sentidos ao material percebido. Essa capacidade é possível devido ao tempo, história de vida e linguagem de cada sujeito. Está mais ao nível do estável, com claras delimitações entre sujeito e objeto; no caso desta pesquisa: ACS e cuidado em saúde mental. A segunda questão é capaz de alcançar o mundo das forças que afetam o ACS no cotidiano de trabalho, pois não há uma delimitação entre sujeito e objeto, entre ACS e cuidado/usuário. Pelo contrário, aborda a multiplicidade das forças que afetam o corpo, tornando-o vibrátil e fazendo parte dele (ROLNIK, 2006). Assim, com ambas as questões é possível capturar a subjetividade do ACS e, também, o plano de forças que o atravessam no cuidado em saúde mental na APS, uma vez que a realidade é imanente.

Compreende-se grupo focal como a expressão de experiências e de diferentes perspectivas, com o objetivo de acontecer algum debate ou diferença de opinião entre seus participantes. Os entrevistadores são responsáveis pela condução dessas interações, cabendo-lhes ficar atentos à dinâmica grupal (BARBOUR, 2009). Cada grupo focal teve duração aproximada de 1 hora e meia, sendo que o primeiro aconteceu na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), e os outros dois encontros aconteceram na Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES, por se localizar em região mais acessível aos ACS. Os grupos focais foram gravados, filmados e, posteriormente, as falas dos ACS foram transcritas na íntegra.

A coleta de dados apoiou-se na Cartografia, metodologia que acompanha processos e não realidades dadas; por isso, se produzem dados e não se colhem dados, uma vez que se investiga a processualidade e produção da subjetividade (KASTRUP, 2012). Seu objetivo é “[...] desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS e KASTRUP, 2012, p. 57). É isso que se pretendeu conhecer no encontro com o ACS: as forças que atravessam o cuidado em saúde mental e o produzem como trabalhador da Reforma Psiquiátrica.

A subjetividade pode ser compreendida como composta por múltiplos componentes de subjetivação que se cruzam. Sua produção é “[...] continuamente constituída a partir das ligações e religações que suas ramificações fazem e refazem com elementos intra e extrapsíquicos, individuais e pré-individuais humanos e não-humanos, orgânicos e inorgânicos [...]” (PARPINELLI e SOUZA, 2005). Compreendemos, assim, que a subjetividade faz conexões rizomáticas, por isso pode ser considerada como um devir.

Romagnoli (2014) esclarece ser indispensável cartografar os planos das formas e das forças que afetam o objeto de estudo, pois assim se denuncia como se apresentam e como se organizam, além de se conhecer quando endurecem e quando produzem vida por meio de seus rearranjos. Nesse contexto, o pesquisador se localiza na via da implicação, compreendida como “[...] dispositivo de produção de conhecimento e de transformação [...]” (ROMAGNOLI, 2014, p. 50), uma vez que pode desestabilizar as formas dominantes e lançar novas possibilidades para as diferenças. Por isso, a Cartografia, como pesquisa-intervenção, transforma a realidade investigada pelo fato de o pesquisador cartógrafo ser influenciável no encontro com seu objeto: é capaz de promover novas conexões entre as diversas forças que os constituem, por meio de suas tensões, movimentos e deslocamentos com vistas à criação de novos agenciamentos (ROMAGNOLI, 2009; KASTRUP e BARROS, 2012).

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados da revisão integrativa se apoiou nas informações contidas na planilha construída sobre os artigos encontrados, referentes aos dados de publicação, autoria, local e ano de publicação, base de indexação, local do estudo, objetivo, desenho metodológico e

principais resultados. Essas informações foram analisadas, interpretadas, sintetizadas e apresentadas no formato da revisão.

A análise dos resultados da pesquisa de campo aconteceu a partir da teoria filosófica proposta por Deleuze e Guattari, que concebe a realidade não de forma fixa, hierarquizada e simplificada, amparada numa verdade explicativa, conforme o modelo das ciências modernas, mas complexa, rizomática e imanente (DELEUZE, 1974; ROMAGNOLI, 2009). Isso quer dizer que a realidade se compõe por objetos que estão em constante transformação, devido à relação combinada de dois planos: o das formas e o das forças. O plano das formas se refere ao instituído, definido, binário (homem-mulher, rico-pobre), e o plano das forças diz respeito às linhas que afetam as formas, os objetos, e os modelam. No entanto, essa configuração é sempre momentânea, pois os planos estão em constante relação de agenciamento (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2012). Trata-se da noção de rizoma, que tem como imagem, a partir da botânica, o “caule [...] subterrâneo, horizontal, mais ou menos espesso, rico em reservas e com capacidade de produzir raízes e caules em cada nó; se distingue das raízes pela presença de nós, gemas e escamas” (BRASIL, 2009, p. 327). Descrição que pode ser complementada: acontece um emaranhado sem delimitação de começo ou fim, em que se podem percorrer diversas direções, entrando ou saindo de qualquer ponto, sem definir unidade, mas multiplicidade da variedade de conexões possíveis. Essa descrição favoreceu o pensamento de Deleuze e Guattari (1995), no que se refere à compreensão da realidade como rizomática, compreendida pelo atravessamento de fluxos e velocidades, sem fim ou começo, numa composição complexa, horizontal e de conectividade.

3.5 Aspectos éticos

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES (CEP-UNIMONTES) e autorização da Secretaria de Saúde de Montes Claros quanto à realização deste estudo, por meio do Termo de Concordância da Instituição para a Participação em Pesquisa. A pesquisa foi aprovada por meio do Parecer nº 1.042.099 de 15/05/2015 (Anexo A).

Foi garantida toda a privacidade dos dados, bem como observadas e respeitadas as rotinas de trabalho do ACS para não prejuízo do seu cotidiano de trabalho. As informações foram

utilizadas exclusivamente para fins científicos, e foi garantido ao ACS o direito de revogar a decisão de participação da pesquisa a qualquer momento. A pesquisa respeitou todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

4.1 Artigo 1

Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa

A revisão integrativa, um dos produtos desta dissertação, foi submetido à *Revista Trabalho, Educação e Saúde* (ISSN 1981-7746, Qualis B1 na área de Saúde Coletiva) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz. O artigo foi redigido conforme normas do periódico.

ATIVIDADES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

COMMUNITY HEALTH AGENTS' ACTIVITIES IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ACTIVIDADES DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Resumo

O estudo objetiva descrever, pela revisão integrativa, o conhecimento produzido na literatura acerca das atividades realizadas e da inserção no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil e em outros países que contam com esse profissional em seu sistema de saúde. A busca de dados abrangeu: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal CAPES); biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE) e *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) e ocorreu no período de 2010 a 2014. Dos 240 estudos identificados, 19 foram incluídos nesta revisão. Os principais resultados se referem à função que os ACS exercem; à diversidade das ações realizadas; à sua diferente inserção no mercado de trabalho, além da identificação de fragilidades no desenvolvimento de suas atividades. Conclui-se que sua posição entre a comunidade e a equipe de saúde é estratégica, contribuindo para a saúde da comunidade. Deve-se proporcionar formação propícia à sua atuação e possibilitar o acesso à educação permanente, fatores facilitadores para sua maior valorização junto à equipe de saúde e à sociedade.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde; Atenção Primária à Saúde; políticas públicas; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

This study aims at describing, through integrative review, the knowledge in literature about the Community Health Agents (CHA) activities and job insertion in Brazil and in other countries that have this professional in their health system. The data search included: Periodic Portal of Undergraduate Coordination and Improvement (Portal CAPES); electronic library *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Latin-American and Caribbean literature in Health Science (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE) and *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) and it happened during the period of 2010 to 2014. From the 240 chosen studies, 19 were included in this review. The main results refer to the function of the CHA; the diversity of the actions; to their different insertion in the job market, besides the identification of the fragilities on the development of their activities. It is concluded that their position between the community and the health team is strategic, contributing to the health of the community. A proper formation to their actuation should be provided and also allowing it possible to their permanent education, facilitating factor to promote a greater valorization among health team and society.

Keywords: community health agents; Primary Health Care; public policy; Family Health Strategy.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo describir con la revisión integradora, el conocimiento producido en la literatura acerca de las actividades y su inclusión en el trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud(ACS) en Brasil y otros países que disponen de dichos profesionales en

su sistema de salud. La búsqueda de los datos abarcó: el Portal de Periódicos de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (Portal CAPES); la biblioteca electrónica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura de América Latina y el Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS); Análisis de Literatura Médica y recuperación del sistema en línea (MEDLINE) y la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud (PubMed) de Estados Unidos entre 2010 y 2014. De los 240 estudios identificados, 19 fueron incluidos en esta revisión. Los resultados se relacionan con el papel que los ACS ejercen; la diversidad de las acciones realizadas; su inserción en el mercado laboral, así como la identificación de las debilidades en el desarrollo de sus actividades. Concluimos que su posición entre la comunidad y el equipo de salud es estratégica, lo que contribuye a la salud de la comunidad. Se debe dar formación conducente a su trabajo y facilitar el acceso a la formación continua, factores que facilitan su mayor aprecio por el equipo de salud y la sociedad.

Palavras-clave: agente comunitario de salud; Atención Primaria de Salud; políticas públicas; Estrategia de Salud de la Familia.

Introdução

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), profissionais de saúde selecionados e residentes nas comunidades em que trabalham, responsáveis por atividades de saúde, de acordo com o pré-estabelecido pelos sistemas de saúde (Who, 1989). O ACS é profissional estratégico na Atenção Primária à Saúde (APS), que influencia a criação e a manutenção de comportamentos saudáveis onde há poucos profissionais de saúde, como na África e Ásia, ou nos locais em que o acesso ao serviço de saúde é difícil, por pouca oferta ou porque a distribuição é díspar entre a população

rica e a pobre. O ACS torna os sistemas de saúde cada vez mais eficientes, facilitando o acesso das pessoas aos serviços de saúde (Perry e Zulliger, 2012).

São caracterizados como categoria diversificada de profissionais e recebem nomeações de acordo com o país no qual estão inseridos - por exemplo, Colaborador Voluntário, na Guatemala, Brigadista, na Nicarágua, Ativista, em Moçambique, e *Basic Health Worker*, na Índia (Who, 2007). Porém, independentemente da nacionalidade, terá, neste estudo, a denominação de Agente Comunitário de Saúde.

Nos anos 1920, em Ding Xian, na China, os primeiros ACS, agricultores analfabetos, recebiam três meses de treinamento e trabalhavam, intercaladamente, meio expediente como profissionais de saúde e meio como agricultores. Realizavam registro de casos de nascimento e morte; vacinação contra varíola e outras doenças; orientação sobre limpeza de poços; realização de palestras e cuidados médicos básicos. Esse programa ficou conhecido como Médicos Descalços e, gradativamente, foi-se ampliando. Estima-se que, na década de 1970, havia um milhão de Médicos Descalços, servindo 800 milhões de pessoas na área rural da República Popular da China (Perry e Zulliger, 2012).

Após 1960, o modelo médico ocidental de assistência às populações pobres e rurais tornou-se insuficiente para abordar demandas e o paradigma dos Médicos Descalços passou a ser seguido na Indonésia, Índia, Tanzânia, Venezuela, Honduras e Guatemala. Esse paradigma apresentou-se somado às propostas do Conselho Mundial de Igrejas, com sede em Genebra – referentes à saúde como prevenção, equidade, participação comunitária, trabalho intersetorial, descentralização dos serviços de saúde para as periferias, uso de tecnologias apropriadas e prestação de serviços por uma equipe multidisciplinar, com inclusão do ACS. Sua atuação serviu de orientação para a definição do papel do ACS na prestação de cuidados na APS, ocorrida em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em

Alma-Ata, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), atualmente Cazaquistão (Perry, 2013).

Em 1970 e 1980, programas de ACS se proliferaram para países, como Indonésia, Índia, Nepal, Zimbábwe, Tanzânia, Malawi, Moçambique, Nicarágua, Honduras e, ainda, para países latino-americanos - Bolívia, Brasil, Cuba, Equador e Venezuela (Perry, 2013; Queirós, 2015).

O bem-sucedido programa de ACS do Brasil surgiu na década de 1980 e junto ao gradual avanço dos serviços de APS levou melhorias significativas à saúde da população (Perry, 2013). O Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde implantou mudanças por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, inicialmente no Norte e Nordeste do Brasil, em áreas periféricas urbanas e rurais, a partir de experiências exitosas no Ceará, realizadas em 1987. O objetivo foi garantir, emergencialmente, assistência básica à população sem acesso a condutas médicas. A escassez da assistência médico-sanitária levou os agentes a realizarem outras atividades (Mendes, 2012; Giovanella e Mendonça, 2008).

Essas experiências culminaram, em 1994, na implantação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Saúde da Família (PSF), como política oficial da APS no Brasil. Pela Portaria nº 648/GM-2006, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, estabelecendo-se a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e para o PACS, cuja adequada implementação caracteriza-se como elemento estratégico para a consolidação do SUS, sustentando-se pela participação social, controle social e municipalização. E, essa mesma portaria, definiu as atribuições do ACS que foram ampliadas, em 2011, pela publicação da Portaria nº 2.488 (Brasil, 2011).

A presença e atuação do ACS têm despertado interesse no mundo científico. Mostram semelhanças e diferenças quanto às atividades realizadas e à inserção no mercado de trabalho em saúde, no Brasil e em outros países.

Este estudo descreve o conhecimento produzido na literatura acerca de atividades realizadas e inserção no trabalho dos ACS no Brasil e em países que contam com esse profissional de saúde.

Metodologia

Estudo exploratório e descritivo realizado por meio de uma revisão integrativa de literatura, que consiste em ampla análise de publicações, para obter dados e conclusões sobre determinada temática (Polit, Beck e Hungler, 2011).

Seis passos são indicados para a realização do estudo (Mendes et al., 2008): primeiramente, foram demarcadas as principais questões relacionadas: Quais atividades realizadas pelos ACS na APS no Brasil e no mundo? Qual sua inserção no trabalho em saúde? No segundo passo, selecionaram-se descritores dentre os constantes na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizados de forma isolada ou combinada (Tabela 1). A seguir, procedeu-se à busca nas bases de dados: biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal CAPES).

A busca realizou-se entre outubro e dezembro de 2014, nos idiomas: inglês, espanhol e português. Obtiveram-se 77 artigos, na plataforma MEDLINE; 65 artigos, na Pubmed; 57, no Portal CAPES; 31 artigos na LILACS e 10 artigos na SciELO, o que totaliza 240 artigos.

Realizou-se uma leitura seletiva desses artigos a partir de título e resumo, e selecionaram-se 52. Após, fez-se leitura crítica e integral, a partir dos critérios de inclusão: estudos na íntegra; acessíveis e publicados no período citado, nos idiomas inglês, espanhol e português; que procurassem responder ao objetivo proposto. Excluíram-se publicações duplicadas, presentes em mais de uma base e sem pertinência com a temática. A análise foi efetuada por dois pesquisadores em conjunto, e os artigos discordantes analisados por um terceiro pesquisador. Ao final do procedimento, selecionou-se a amostra de 19 artigos - 14 na língua portuguesa, e cinco na inglesa (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos artigos encontrados, excluídos e selecionados, segundo bases de dados e descritores. Montes Claros, MG, Brasil. 2015.

Base de Dados	Descritores	Artigos Encontrados	Artigos Selecionados	%
SciELO	“agentes comunitários de saúde” OR “auxiliares de saúde comunitária” “atenção primária à saúde” OR “atenção básica” OR “prática profissional”	10	06	31,58
LILACS	“agentes comunitários de saúde” OR “auxiliares de saúde comunitária” “atenção primária à saúde” OR “atenção básica” OR “prática profissional”	31	07	36,85
MEDLINE	“agentes comunitários de saúde” OR “auxiliares de saúde comunitária” “atenção primária à saúde” OR “atenção básica” OR “prática profissional”	77	03	15,79
CAPES	<i>“community health workers” AND “primary health care” AND “professional practice”.</i>	57	01	5,26
PubMed	<i>“Community Health Workers”; “primary health care”; “professional practice”.</i>	65	02	10,52
TOTAL		240	19	100%

No terceiro passo da revisão integrativa, selecionaram-se informações relativas ao assunto e foram extraídos os dados de publicação, autoria, local e ano de publicação, base de indexação, local do estudo, objetivo, desenho metodológico e principais resultados. Efetivando-se essa etapa, as informações foram reunidas e sintetizadas numa planilha (Quadro 1). Todas as publicações incluídas foram lidas na íntegra e analisadas para o preenchimento da referida planilha. No quarto, quinto e sexto passos, analisaram-se publicações, sua interpretação, síntese e apresentação da revisão.

Resultados

A amostra de 19 artigos se encontra nas bases (Tabela 1): LILACS: 7 artigos (36,85%) e SciELO: 6 artigos (31,58%), com estudos publicados, em sua maioria, em (Quadro 1): 2014: 8 (42%) e 2012: 5 (26%).

Em sua maioria, os artigos, 14 (74%), são produções brasileiras e 5 (26%), estrangeiras. A maioria dos artigos brasileiros advém de Instituições de Ensino Superior (IES) Públicas, estaduais e federais: 12 (86%); Instituições Privadas: 2 (14%). O Sudeste é a região brasileira com maior quantidade de publicações: 10 (71%); seguida pelo Nordeste: 3 (21%). Os artigos internacionais se referem a instituições privadas da Europa: 4 (80%); e dos Estados Unidos da América: 1 (20%).

Quanto aos periódicos identificados, a Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste de Saúde Pública (Rene) publicou: 2(10,54%); acompanhada das Revistas Ciência & Saúde Coletiva: 2 (10,54%) e *Human Resources for Health*: 2 (10,54%). A sede dos periódicos encontra-se, respectivamente, em: São Paulo: 5 (35,72%) e Rio de Janeiro: 5 (35,72%). Quanto às revistas internacionais: Grande Londres: 3 (15,78 %) e Califórnia:1 (5,26%).

Em relação à classificação dos periódicos brasileiros, elaborada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a maior parte dos estudos foi

publicada em revistas com classificação Qualis B2, B3 e B4, cada uma com 3 publicações (21,42%). As revistas internacionais são classificadas pelo Fator de Impacto (FI), calculado pelo número de citações de seus artigos em outra revista, e foram assim classificadas: FI (2012) 2,05: 2 revistas (40%) e FI (2012) 1,3: 1 revista (20%).

Metodologicamente, 11 (57,9%) artigos foram identificados como qualitativos e 08 (42,7%) como quantitativos. Os estudos nacionais objetivaram identificar, analisar, caracterizar e avaliar as práticas exercidas pelo ACS na APS, ações de cuidado específicas realizadas; situações de violência doméstica; apresentar estratégias para a melhoria do cuidado e seus significados, e os internacionais descreveram como a motivação pessoal influencia as práticas de cuidado do ACS; as ações realizadas; a organização do tempo no cuidado oferecido e os encaminhamentos realizados.

Os estudos nacionais concluem que o ACS é elo entre comunidade e ESF no monitoramento de casos e resultados de intervenções; facilita o acesso à unidade; cadastra famílias e identifica situações de risco; visita domicílios; encaminha para consultas; promove vigilância e ações de educação em saúde; reflete sobre trabalho e mobilidade comunitária; realiza atividades com grupos prioritários e ações para agilizar o trabalho.

Os artigos internacionais sublinham que o ACS realiza visita domiciliar; entrega de medicamentos; orientação, monitoramento e avaliação do tratamento de tuberculose (TB) e HIV, medicação correta e controle de efeitos colaterais, e práticas para garantir adesão; diagnóstico e procedimentos de enfermagem e médicos.

Quadro 1: Descrição dos estudos publicados entre 2010-2014 relacionados às ações realizadas pelo ACS na APS. Montes Claros, MG, Brasil. 2015

Título do artigo	Periódico e ano de publicação	Autor	Objetivo da Publicação	Estado e país de publicação/ Tipo de estudo	Síntese das Conclusões/Recomendações
Artigos – Base SciELO					
Incorporação das Atividades de Controle da dengue pelo Agente Comunitário de Saúde.	Revista de Saúde Pública (2014)	Cazola et al.	Avaliar o desempenho do ACS após incorporação do controle da dengue às suas atribuições.	Local: São Paulo (Brasil) Tipo: Estudo quantitativo	Realizam agendamento de consulta para mulheres com atraso menstrual, identificadas na visita domiciliar; orientação e acompanhamento de pré-natal, esquema vacinal de crianças menores de um ano, hipertensos e controle da dengue.
Auxiliares odontológicos contra agentes comunitários de saúde: semelhanças e contrastes.	Revista de Odontologia da UNESP (2013)	Costa e Araújo	Analisar atribuições dos auxiliares de cirurgiões-dentistas e dos ACS, na utilização de serviços e na formação, identificando similaridades e contrastes entre os profissionais.	Local: São Paulo (Brasil) Tipo: Estudo quantitativo	Efetua visita domiciliar; cadastro de famílias; identificam condições de saúde do território e risco das famílias; promovem vigilância à saúde; reflexões do trabalho em equipe, educação e mobilidade comunitária e repassam essas informações para a equipe.
Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde da Família.	Revista da Escola de Enfermagem da USP (2012)	Sakata e Mishima	Compreender as relações sociais entre o ACS e a equipe de Saúde da Família por meio da articulação de ações e interação entre trabalhadores.	Local: São Paulo (Brasil) Tipo: Estudo quantitativo	Reforçam os aspectos técnico-operacionais do trabalho, desenvolvem ações para agilizá-lo em interação com os trabalhadores, construindo planos assistenciais em comum e aproximando equipe e comunidade para adequar ações de cuidado às necessidades.
Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil.	Physis Revista de Saúde Coletiva (2011)	Filgueiras e Silva	Correlacionar facilitadores e limitadores das atividades designadas aos ACS.	Local: Rio de Janeiro (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	Realizam visita domiciliar, espaço onde acontecem ações educativas e preventivas. Ocupam lugar de elo entre equipe e família, como “mediador social”, traduzindo as necessidades da comunidade.

Funções do Agente Comunitário de Saúde no trabalho com redes sociais.	Estudo de Psicologia (2014)	Pinheiro e Guanaes-Lorenzi	Apresentar como os ACS significam sua prática com redes sociais, dando visibilidade às funções que exercem em seu trabalho.	Local: Rio Grande do Norte (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	Os ACS exercem as funções principais de articuladores da rede para o cuidado e de mediadores em situações de conflito; ações pouco valorizadas.
Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde.	Acta Paulista de Enfermagem (2012)	Crispim et al.	Avaliar o desempenho do ACS no controle da TB em áreas assistidas pela ESF, estabelecendo uma análise comparativa com os ACS inscritos nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais.	Local: São Paulo (Brasil) Tipo: Estudo quantitativo	Há fragilidade dos ACS em incorporar as ações de controle da TB nas distintas modalidades de APS, apesar do destaque dado à ESF.
Artigos – Base LILACS					
Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família.	Cogitare Enfermagem (2012)	Silva et al.	Caracterizar a atuação dos ACS de Unidades Básicas de Saúde da Família de Três Lagoas-MS.	Local: Paraná (Brasil) Tipo: Estudo quantitativo	Os ACS reconhecem suas atribuições (visita domiciliar) e desempenham atividades nelas não incluídas, como entrega de medicamentos, receitas, encaminhamentos e solicitação de agendamentos; atividades administrativas; apoio emocional e psicológico; atividades de enfermagem e fora do período de trabalho, em área descoberta.
A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família.	Saúde e Sociedade (2014)	Moreira et al.	Analisar as estratégias de cuidado construídas por equipes de Saúde da Família frente a situações de violência doméstica.	Local: São Paulo (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	O ACS realiza visita domiciliar; monitoramento dos casos e dos efeitos das intervenções da equipe; é “mediador de conflito” entre profissionais da equipe e comunidade; presta auxílio na definição de melhores intervenções; realiza ações com o assistente social.
Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (2014)	Lanzoni, Cechinel e Meirelles	Identificar as estratégias utilizadas pelo ACS em sua rede de relações e interações para melhoria da assistência à saúde e das suas repercussões em centro de saúde.	Local: Fortaleza (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	Os ACS são elo entre a comunidade e o serviço de saúde: informam a equipe sobre condições sociais e de saúde da população; orientam e educam sobre os serviços oferecidos pela unidade de saúde; facilitam o acesso das pessoas identificadas como necessitadas de cuidados específicos.

O cuidado em saúde mental pelos Agentes Comunitários de Saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?	Physis - Revista de Saúde Coletiva(2014)	Santos e Nunes	Descrever o conhecimento em saúde mental construído pelo ACS.	Local: Rio de Janeiro (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	Os ACS atuam no cuidado da pessoa com transtorno mental, orientando suas famílias; são mediadores de conflitos, informam a cerca do monitoramento do usuário quanto ao uso de psicotrópicos.
Ações do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (2011)	Dantas et al.	Analisar as ações do ACS no diagnóstico da tuberculose pulmonar na APS.	Local: Fortaleza (Brasil) Tipo: Estudo quantitativo	Os ACS orientam sobre sintomas respiratórios e coleta do escarro. A maioria não encontrou dificuldade em convencer o usuário a colher o escarro.
O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama.	Ciência & Saúde Coletiva (2011)	Ávila	Identificar as práticas dos ACS em Uruburetama, Ceará.	Local: Rio de Janeiro (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	Elo entre comunidade e equipe de saúde; orientam sobre adoecimento, alimentação e nutrição infantil; acompanhamento de gestantes e nutrízes; crescimento e desenvolvimento infantil. Não recebem capacitações condizentes para atuarem como educadoras de saúde e falta apoio da equipe de saúde.
Grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para entendimento desses atores sociais.	Revista de Enfermagem da UERJ (2010)	Coriolano e Lima	Descrever o processo de trabalho do ACS.	Local: Rio de Janeiro (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	Assistência e cadastro de indivíduos/famílias; apoio educativo; organização de prontuários; elo entre ESF e necessidades/demandas da população; encaminhamento de problemas para outros membros ou para outros níveis de complexidade; ocupam posição ativa frente a questões sociais e, passiva, por não encontrarem soluções efetivas.
Artigos – Base MEDLINE					
Prestação de apoio à tuberculose e ao tratamento do HIV / AIDS, por parte dos trabalhadores de saúde leigos na África do Sul: um estudo de tempos e movimentos.	Human Resources for Health (2014)	Odendaal e Lewin	Compreender como ACS organizam e estruturam seu tempo na prestação de apoio e adesão ao tratamento de pessoas com TB e tratamento e/ou terapia antirretroviral na África do Sul.	Local: Grande Londres. (Inglaterra) Tipo: Estudo quantitativo	Realizam cuidados médicos e apoio social; avaliação de moradia para determinar os riscos para a adesão ao tratamento e constatação dos pacientes que abandonam o tratamento.

Práticas inovadoras na Atenção Primária do Alasca rural: a avaliação dos encontros de pacientes atendidos por Agentes Comunitários de Saúde.	International Journal of Circumpolar Health (2012)	Golnick et al.	Descrever a prática clínica dos ACS, profissionais de saúde da APS, em comunidades rurais do Alasca.	Local: Northern Ostrobothnia (Finlândia) Tipo: Estudo quantitativo	Realizam diagnósticos; visitas domiciliares; ações preventivas e de emergência; procedimentos; recebem pacientes para consultas em clínicas e entregam medicamentos.
Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia.	Ciência & Saúde Coletiva (2010)	Rodrigues, Santos e Assis	Analisar o papel do ACS no cotidiano da Equipe de Saúde Bucal no PSF em Alagoinhas-BA, considerando a construção de saberes e práticas relacionadas ao campo da Saúde Coletiva.	Local: Rio de Janeiro (Brasil) Tipo: Estudo qualitativo	Realizam visita domiciliar; acompanham desenvolvimento e peso de crianças, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, atendem grupos da comunidade e vulneráveis; educação em saúde bucal; articulador entre equipe e comunidade.
Artigos - Base PUBMED					
Task-shifting e priorização: uma análise da situação do papel e experiências dos Agentes Comunitários de Saúde em Malawi.	Human Resources for Health (2014)	Smith et al.	Compreender as atividades realizadas pelos ACS quando comparadas com documentos, para examinar as tarefas priorizadas, e conhecer as perspectivas dos ACS em suas funções e responsabilidades.	Local: Grande Londres (Inglaterra) Tipo: Estudo qualitativo	Realizam tarefas fora de sua competência: atividades de suplementação em nutrição para crianças; testes de TB, distribuição de medicamentos e contraceptivos; administram injeções; controle da terapia antirretroviral; gestão de cólera; administração de farmácias e registro ambulatorial.
Trabalhadores de cuidados comunitários, redes de referência pobres e consumo de recursos pessoais na África do Sul rural.	PlosOne (2014)	Sips et al.	Explorar os padrões e práticas de encaminhamento de usuários pelos trabalhadores de cuidados comunitários.	Local: Califórnia (Estados Unidos da América) Tipo: Estudo qualitativo	Elo entre população e serviços de saúde facilitando acesso por meio de orientações, como sintomas de TB e HIV; realizam visitas domiciliares.
Artigos - Base CAPES					
"É o senso de responsabilidade que mantém você indo": histórias e experiências de participação de trabalhadores de saúde da comunidade rural na Guatemala.	Archives of Public Health (2012)	Ruano et al.	Explorar como os valores e motivação pessoais dos trabalhadores de saúde da comunidade influenciam a experiência nos cuidados de saúde primários no município de Palencia, Guatemala.	Local: Grande Londres (Inglaterra) Tipo: Estudo qualitativo	Elo entre comunidade e equipes de saúde; ações de cuidado e promoção da saúde em comunidades rurais e isoladas.

Discussão

Os resultados evidenciam que a maioria dos estudos foram publicados recentemente, em 2014, nas plataformas LILACS e SCIELO. No Brasil, as instituições públicas são as fomentadoras de publicação científica, devido às IES privadas priorizarem o ensino em áreas bem definidas do conhecimento (Maculan e Mello, 2009). A região Sudeste se mantém como a região com maior número de publicações, seguida da região Nordeste, aspecto que merece ser ressaltado, por sair do eixo Sudeste-Sul. Pereira e Bronhara (2011) esclarecem que há pesquisadores com destaque em Saúde Coletiva da região Nordeste, reflexo de incentivos do Ministério da Ciência e Tecnologia.

Quanto aos estudos internacionais, as instituições privadas, localizadas na Europa, são responsáveis pela maioria das publicações na presente revisão. Tal fato ressalta a Europa como espaço de especialização em ciências da vida, caracterizando sua importância no cenário internacional. Os grandes centros produtores de conhecimento continuam sendo os países da América do Norte e da Europa (Pierro, 2014), condizendo com as publicações internacionais selecionadas para esta revisão.

A maioria dos artigos possui metodologia qualitativa, evidenciando o interesse por essa abordagem no campo da saúde, por conseguir compreender e desvelar acerca do processo saúde-doença cientificamente o que é da ordem do subjetivo (Bassora e Campos, 2010).

Para a apresentação e organização das conclusões dos artigos, estabeleceram-se três categorias temáticas: "Agente Comunitário de Saúde: função, diversidade de ações e papel desempenhado na comunidade"; "Fragilidades no fazer do Agente Comunitário de Saúde" e "Agente Comunitário de Saúde: sua inserção no mercado de trabalho".

Agente Comunitário de Saúde: função, diversidade de ações e papel desempenhado na comunidade

As publicações nacionais mostram o papel preponderante do ACS como elo entre comunidade e equipe de saúde, repassando-lhe suas condições de saúde; suas demandas; ofertas de cuidado a partir das necessidades dos usuários, além de facilitar o acesso daqueles que precisam de atendimento (Costa e Araújo, 2013; Sakata e Mishima, 2012; Filgueiras e Silva, 2011; Silva et al., 2012; Lanzoni et al., 2014; Santos e Nunes, 2014; Ávila, 2011, Rodrigues, et al., 2010).

Nos artigos internacionais, o ACS também exerce a função de elo, como verificado em pesquisas na Guatemala e no Nordeste da África (Ruano et al., 2012; Odendaal e Lewin, 2014). Independentemente do país e da cultura, a inserção do ACS na equipe de saúde coloca-o como mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, agente social para a organização da comunidade e transformação de suas condições. Ele tem condições de atuação específicas, graças à sua identidade comunitária e seu papel social que o tornam diferente dos demais trabalhadores de saúde, facilitando o acesso da comunidade aos seus direitos sociais (Gomes et al., 2010).

O ACS, conhecendo as condições da comunidade, potencializa sua proximidade com as ESF. Por estar em contato com diversas situações reveladoras de condições familiares, financeiras e emocionais, o ACS se expõe aos contextos de pobreza e violência, o que lhe exige estratégias de preservação de integridade física e emocional (Jardim e Lancman, 2009; Cardoso e Nascimento, 2010).

A vivência do ACS com e na comunidade (Holanda Lavor et al., 2004), sua ampla participação no cotidiano das coletividades possibilitam sua atuação, pela visita domiciliar, que representa a atividade mais realizada e reconhecida nesta revisão. Durante essa visita, ocorrem outras atividades, educativas e preventivas, orientações e identificação de outras demandas (Cazola et al., 2014; Costa e Araújo, 2013; Filgueiras e Silva, 2011; Crispim et al., 2012; Silva et al., 2012; Moreira et al., 2014; Lanzoni et al., 2014; Dantas et al., 2011;

Rodrigues, 2010). No Nordeste da África, por exemplo, as visitas acontecem com o objetivo de motivar os usuários a realizar e manter tratamentos para TB e HIV (Odendaal e Lewin, 2014). A visita domiciliar propicia a comunicação solidária entre ACS e famílias que visita, fortalece laços de vizinhança e ganho de confiança das equipes de saúde. Esses profissionais firmam-se como trabalhadores do sistema de saúde, sem deixar a fidelidade com a comunidade (Holanda Lavor et al., 2004).

As ações do ACS permitem um estreitamento entre ACS-indivíduo-família, no contexto familiar, local em que ocorre a identificação de demandas compartilhadas pelo ACS com a equipe. Privilegiam-se momentos de escuta, fundamentais para se conhecer problemas e buscar soluções. Esse fazer pode gerar ações de educação em saúde, como orientação sobre medicamentos e vacinações; compreensão de situações familiares; autocuidado; planos de alimentação e condições de moradia, seguidas das orientações necessárias (Kebian e Acioli, 2011); situações encontradas nos estudos analisados.

O ACS é personagem fundamental por estar próximo dos problemas da comunidade; pela facilidade em se comunicar e exercer liderança (Brasil, 2009). Esses aspectos destacam sua atuação, enquanto facilitador, dada à sua possibilidade de adentrar na intimidade das famílias, percebendo suas necessidades e as da comunidade. Firma-se o papel do ACS como apoio social e mediador de conflitos na comunidade (Figueiras e Silva, 2011; Pinheiro e Guanaes-Lorenzi, 2014; Silva et al., 2012; Moreira et al., 2014; Santos e Nunes, 2014; Coriolano e Lima, 2010), identificando situações de risco das famílias (Costa e Araújo, 2013).

Na Guatemala, ações de cuidado e promoção em saúde também acontecem, com destaque para a posição de liderança comunitária, pois os ACS garantem o desenvolvimento das comunidades (Ruano et al., 2012). Constatam-se características especiais do ACS: promover saúde junto às famílias, devido à sua capacidade comunicativa (Brasil, 2010), e resolução de situações-problema que afetam a qualidade de vida das pessoas (Brasil, 2009).

Essas atividades são possibilitadas pela inserção do ACS na equipe e na comunidade, por levar às famílias informações adquiridas com a equipe, dialogando e aproximando-as dos serviços de saúde. Para alcançar esses objetivos, o ACS não segue protocolo fixo, criando formas de aproximação (Brasil, 2010); possui alto potencial de mobilização e articulação de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e realiza ações de orientação e acompanhamento de educação em saúde (Brasil, 2004).

Nessa diversidade de ações, o ACS contribui para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, fazendo-se presente (Brasil, 2009) e responsável pela saúde e por ações ético-políticas e econômicas. Ele é ponte entre o saber popular e o técnico, com vistas à construção de cuidado que atenda a demandas do território com o qual partilha vivências cotidianas (Leite e Paulon, 2013).

A presença do ACS na comunidade lhe permite desenvolver um saber empírico sobre ela, desconhecido, muitas vezes, pelos demais profissionais. Isso complementa o saber científico da equipe (Kebian e Acioli, 2014) e respalda o estabelecimento de novas formas de atuação social e em saúde, permitindo ao ACS formação solidária de subjetividade e ética da saúde, a partir de sua história de vida e de seu cotidiano. Isso porque, na relação com a comunidade, acaba por criar laços afetivos de solidariedade, compromisso, responsabilidade, confiança e cumplicidade (Ferreira et al., 2009).

Constatou-se a variedade de tarefas realizadas pelo ACS. Para a *World Health Organization* (2007), uma distinção entre os ACS pode ser feita de acordo com o tipo de tarefas que realizam. O ACS generalista, presente antes da Declaração de Alma-Ata, ainda atuante em países, como Brasil e Índia, e realiza as mais variadas funções e atividades: visita domiciliar, saneamento ambiental, fornecimento de água, primeiros-socorros, educação em saúde, orientações nutricionais, tratamento de doenças comuns, cuidados materno-infantis etc. Contudo, a partir de 1990, cobram-se ações específicas, como saúde materno-infantil,

cuidados de TB e HIV/AIDS, controle de malária e tratamento das infecções respiratórias agudas; por isso, passou a ser reconhecido como especialista. Essa distinção acontece em países como Haiti e República Democrática do Congo.

No Brasil, é reconhecido como generalista devido à diversidade de ações desempenhadas, como valorização de ações com mulheres e crianças, de acordo com a política social e de saúde, e acompanhamento de grupos de risco - crianças, nutrizes - e controle da dengue (Cazola et al., 2014; Lanzoni et al., 2014; Ávila, 2011, Rodrigues, 2010). Ao ACS solicita-se o acompanhamento prioritário de crianças, por meio de ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção à saúde, objetivando reduzir a morbimortalidade infantil e agravos futuros (Brasil, 2009). Esta revisão destaca a pertinência da realização de ações diagnósticas, no Brasil, como no caso de TB, com investigação da tosse, orientação e coleta de escarro de pacientes (Dantas et al., 2011).

Também realizam diagnóstico no Alasca (Ávila, 2011), e cuidados médicos, em diferentes regiões da África. Na África do Sul, sua função é garantir que a medicação para HIV e TB seja administrada corretamente e que os pacientes não experimentem efeitos colaterais e, no Nordeste africano, informar e orientar sobre sintomas da TB e HIV (Sips et al., 2014). No sul da África central, é responsável por realizar exames, dispensar medicamentos, inclusive para HIV, e acompanhar esses casos (Smith et al., 2014). Essas atividades são ações mais especializadas, realizadas com públicos específicos.

Percebe-se a ajuda do ACS nos casos de violência doméstica, como auxiliar da equipe na definição de intervenções e de ações conjuntas com outros profissionais, como assistente social (Moreira et al., 2014). Isso é possível pelo vínculo do ACS com a comunidade, que sustenta sua atuação e cria práticas de cuidado geradoras de autonomia, por meio do reconhecimento dos usuários como singulares (Leite e Paulon, 2013).

Ações em saúde mental são relevantes: orientação das famílias; mediação de conflitos; conversas; informações sobre onde e com quais profissionais os familiares cuidadores devem consultar ou acompanhar o usuário e monitoramento quanto ao uso de psicotrópicos (Santos e Nunes, 2014).

Frente à complexidade de atribuições e ações diversificadas, torna-se imprescindível ofertar ao ACS formação condizente com essa realidade múltipla. A Educação Permanente em Saúde, como processo educativo em relação com o trabalho, constrói processos para o aprendizado e não transmite informações, por isso pode operar mudanças no cuidado porque possibilita o ensinar e o aprender a partir do cotidiano (Ceccim, Bravin e Santos, 2011).

Fragilidades no fazer do Agente Comunitário de Saúde

Pesquisas apresentaram dificuldades do ACS em discernir quais são suas atribuições, mostrando ações que fogem à sua competência, a exemplo de agendamento de consultas e exames, entrega de encaminhamentos, medicamentos e recados da equipe para a comunidade (Sakata e Mishima, 2012; Crispim et al., 2012; Silva et al., 2012), e também trabalho administrativo (Crispim et al., 2012; Coriolano e Lima, 2010) e burocrático. Por não serem claras as demandas da população, assim como pela oferta de capacitações descontextualizadas e pela falta de apoio das equipes da ESF, o ACS acaba por permitir a cobrança de ações incongruentes - como na cidade de Urubutema-CE, em que se exige dele a diminuição do número de gestantes com idade inferior a 20 anos (Ávila, 2011).

Outras atividades sobrecarregam o ACS, como o trabalho em áreas descobertas e fora do horário (Silva et al., 2012), a escassez de profissionais de saúde, em determinadas regiões, fatos que aumentam sua lista de tarefas, sem haver treinamento adequado. Isso promove sobrecarga e exercício de função especializada (Smith et al., 2014). As condições de trabalho podem ser precárias, refletindo em dificuldades no desenvolvimento das atividades.

Ações que extrapolam as competências do ACS denotam que ele não possui atribuições ou saber, o que deslegitima ou questiona sua possibilidade de inovação. Outros profissionais veem o ACS como trabalhador manual, por ser considerado como não detentor de conhecimento especializado, desvalorizando sua atuação (Ferreira et al., 2009). Algumas publicações apresentam as ações do ACS como frágeis, pois se concentram na doença e a equipe de ESF, muitas vezes, desvaloriza o que ele realiza (Pinheiro e Guanaes-Lorenzi, 2014).

Podem observar hibridez e polifonia no trabalho do ACS pelas demandas da comunidade que lhe inscrevem uma demanda pessoal e pela equipe de saúde que exige práticas técnicas e pedagógicas (Piccinini e Neves, 2002), pelo enfrentamento de situações culturais, religiosas, educativas e econômicas (Brasil, 2010). No Nordeste da África, o ACS concede dinheiro e alimentos próprios para pacientes que acompanha; apesar de reconhecer que isso não é sua atribuição, ele o faz para promover tratamento contra o HIV, pela necessária ingestão de alimentos antes do medicamento, colocando-se em situação de vulnerabilidade (Sips et al., 2014). Na África do Sul, o ACS gasta mais tempo na locomoção do que no contato com o paciente (Golnick et al., 2012), devido às condições de trabalho.

As dificuldades são apontadas como possibilidades de inovação, novas possibilidades acerca do "como fazer" (Leite e Paulon, 2013).

Agente Comunitário de Saúde: sua inserção no mercado de trabalho

A inserção do ACS no mercado de trabalho acontece de variadas formas. Em 1980, na Jamaica, no primeiro encontro entre países para a definição do papel do ACS, constatou-se a variedade de remuneração e escolaridade desses profissionais: trabalhadores assalariados, com ou sem direitos trabalhistas; os que recebiam pequenos valores e os voluntários. Quanto

à escolaridade, variava de nenhuma até nível médio e a sua qualificação situava-se entre seis meses a dois anos (Who, 1989; Walt, 1990).

No Brasil, a Lei 10507, de 10/07/2002, criou a profissão de ACS, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego; possui código 5151-05 como trabalhador em promoção e apoio à saúde, especificadamente, visitador de saúde (Brasil, 2002). Reivindicações têm sido feitas pela categoria profissional para melhorias na formação profissional, vínculo e remuneração (Carneiro e Martins, 2015), as quais, paulatinamente, têm sido alcançadas.

A formação profissional do ACS se apoia no modelo de produção social de saúde, com referência às demandas de saúde da população. Seu foco, portanto, é modificar as práticas profissionais e a organização do trabalho, assim como articular saber científico e popular via educação crítico-reflexiva e metodologia problematizadora (Gomes et al., 2010). O parecer do Conselho Nacional de Educação CNE/CEB 19/2004 (Brasil, 2004) definiu a necessidade de formação técnica do ACS, ofertada pelas Escolas Técnicas de Saúde e dos Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde que compõem a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, com vistas à profissionalização; em contradição ao que se exigia antes - aprovação em curso introdutório de formação inicial e continuada para ACS. Essa nova proposta substitui a formação rápida e abreviada, em serviço, sem exigência de escolaridade ou carga horária definida, pois bastava-lhe leitura e escrita (Morosini, 2010).

Na Guatemala, não há uma formação que profissionalize o ACS, garantindo melhoria na oferta de trabalho (Ruano, 2012). Também no sul da África Central não ocorre treinamento adequado (Smith et al., 2014). Os sistemas de saúde que se sustentam na atuação do ACS deflagram contradições ao reduzir a qualificação do ACS e ter expectativas em suas atividades (Fonseca, Morosini e Mendonça, 2013). Apesar de a escolarização não ser garantia

de melhores condições de vida, oferece ao ACS, profissional proveniente das camadas populares, reconhecimento social e profissional (Mota e David, 2010).

Quanto à remuneração, no nordeste da África (Odendaal e Lewin, 2014) e na Guatemala (Ruano et al., 2012), eles não são remunerados e atuam voluntariamente; na Cidade do Cabo e no sul da África Central atuam sem remuneração adequada, pois os valores recebidos não condizem com o trabalho exercido; ocorre uma desvalorização entre o que se realiza e o que se recebe (Sips et al., 2014; Smith et al., 2014). No Brasil, a inserção do ACS nas equipes de ESF acontece por contratações terceirizadas, precarizando seus vínculos empregatícios com baixos salários. A contratação por processo seletivo, instituída pela Lei nº 11.350 de 10/2006, tentou legalizar vínculo e admissão, porque a exigência de residir na comunidade contraria o acesso igualitário e universalista via concurso público (Brasil, 2002; Morosini, 2010). Essa Lei sofreu alterações pela Lei nº 12.994 de junho de 2014, que fixou piso salarial nacional e regulamentou plano de carreira, pelo Decreto nº 8.474/2015. A qualificação e profissionalização do ACS geram satisfação pessoal e profissional (Lunardelo, 2004). Contudo, a profissionalização não garante desvencilhar-se de concepções sobre sua atuação, sustentadas no trabalho voluntário, sem definições e imerso numa equipe multiprofissional formada, prioritariamente, por profissionais de nível superior. Porém, a formação gera sentido emancipatório, valorização pessoal e social, na luta pelo reconhecimento profissional e do trabalho próprio do ACS (Mota e David, 2010).

Considerações finais

Os ACS estão presentes em diversos contextos geográficos e culturais, realizando variadas atividades. Suas ações objetivam o cuidado à saúde da comunidade, seguem orientações, de acordo com cada sistema de saúde, e demandas contextuais.

Com diversidade de atuação, os ACS realizam visita domiciliar e são elo entre ESF e comunidade. Percebe-se a necessidade de clareza quanto às suas atribuições e respectiva execução. Também é preciso melhor esclarecer sobre as habilidades e competências demandadas pelo cuidado em saúde, associadas à inventividade, para que a saúde da comunidade seja seu foco. Receber formação propícia e ter acesso à educação permanente podem auxiliar o ACS na sua valorização na equipe de saúde e sociedade e o apoio financeiro e técnico é fundamental.

Referências

ÁVILA, Maria M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2015.

BASSORA, Jennifer B.; CAMPOS, Claudinei J. G. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 753-760, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a22.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CEB*. Proposta de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde. Brasília, 8 jul. 2004. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB19.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto nº 8.474, de 22 jun. 2015*. Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 out. 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/Decreto/8474_15.html>. Acesso em: 18 dez. 2015.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série C: Projetos, programas e relatórios).

_____. *Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acessado em: 20 jan. 2016.

_____. *Lei n. 11.350, de 5 out. 2006*. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda

constitucional n.51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21>. Acesso em: 15 jul. 2015.

Lei nº 12.994, de 17 jun. 2014.
Altera a Lei no 11.350, de 5 out. 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm>. Acesso em: 18 dez. 2015.

Guia prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

Portaria nº 2.488, de 21 out. 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

Ministério do Trabalho. *Classificação Brasileira de Ocupações.* Portão do Trabalho e Emprego. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

CARDOSO, Andréia dos S.; NASCIMENTO, Marilene C. do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1509-1520, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2015.

CARNEIRO, Carla C. G.; MARTINS, Maria I. C. de. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 45-66, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100045&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

CAZOLA, Luiza H. de O. et al. Incorporação das Atividades de Controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 113-122, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0113.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

CORIOLOANO, Maria W. de L.; LIMA, Luciane S. de. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 92-96, 2010.

CECCIM, Ricardo B.; BRAVIN, Fábio P.; SANTOS, Alexandre A. dos. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 159-180, 2011.

COSTA, Simone de M.; ARAÚJO, Flávia F. Auxiliares odontológicos contra agentes comunitários de saúde: semelhanças e contrastes. *Revista Odontologia UNESP*, Botucatu, v. 42, n. 5, p. 350-356, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/06.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

CRISPIM, Juliane de A. et al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/aop2312.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

DANTAS, Dândara N. A. et al. Ações do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 980-994, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/324/pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

FERREIRA, Vitória S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/21.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

FILGUEIRAS, Andréa S.; SILVA, Ana L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

FONSECA, Angélica F.; MOROSINI, Márcia V. G. C.; MENDONÇA, Maria H. M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GOLNICK, Christine. et al. Innovative primary care delivery in rural Alaska: a review of patient encounters seen by community health aides. *International Journal Circumpolar Health*, v. 71, p. 18543, 2012.

GOMES, Karine de O. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,

v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a05v20n4.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

HOLANDA LAVOR, Antonio C. et al. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. *Sanare*, Sobral, v. 5, n. 1, p. 121-128, 2004. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

JARDIM, Tatiana de A.; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2015.

KEBIAN, Luciana V. A.; ACIOLI, Sônia. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 403-409, 2011.

KEBIAN, Luciana V. A.; ACIOLI, Sônia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 61-69, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>>. Acesso em: 12 out. 15.

LANZONI, Gabriela M. de M.; CECHINEL, Caroline; MEIRELLES, Betina H. S. Agente comunitário de saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 123-31, 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1492/pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

LEITE, André L. S.; PAULON, Simone. Atenção Básica e desinstitucionalização da loucura: acionando competências do Agentes Comunitários de Saúde. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. *Saúde mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

LUNARDELO, Simone R. *O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto - São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

MACULAN, Anne-Marie; MELLO, José M. C. University start-ups for breaking lock-ins of the Brazilian economy. *Science and Public Policy*, n. 36, p.109-114, 2009. Disponível em: <http://www.proppi.uff.br/portalgir/sites/default/files/AM_JM_UniDev_SPP_March09_Brazil.pdf>. Acesso em: 12 out. 15.

MENDES, Eugênio V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, Karina D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2015.

MOREIRA, Tatiana das N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-725821>> Acesso em: 25 fev. de 2015.

MOROSINI, Márcia V. G. C. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOTA, Roberta R. de A.; DAVID, Helena M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2015.

ODENDAAL, Willen A; LEWIN, Simon. The provision of TB and HIV/AIDS treatment support by lay health workers in South Africa: a time-and-motion study. *Human Resources for Health*, v. 12, p. 18, 2014.

PEREIRA, Júlio C. R.; BRONHARA, Bruna. Índice h de docentes em Saúde Coletiva no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 599-606, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2015.

PERRY, Henry. A brief history of community health worker programs. In: *Encyclopedia of Public Health*, ed. W Kirch. Berlin: Springer Ref. 2013. Disponível em: <http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/02_CHW_History_0.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

PERRY, Henry.; ZULLIGER, Rose. How effective are community health workers? *Johns Hopkins Bloomberg School Public Health*, 2012. Disponível em: <http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review%20of%20chw%20effectiveness%20for%20mdgs-sept2012.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

PICCININI, Carlos A.; NEVES, Rosane. A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. *Saúde mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PIERRO, Bruno. Ciência em evolução. *Revista Pesquisa FAPESP*, São Paulo, n. 222, ago. 2014.

PINHEIRO, Ricardo L.; GUANAES-LORENZI, Carla. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 19, n. 1, p. 48-57, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n1/07.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIRÓS, Agleildes A. L. *A prática dos Agentes Comunitários de Saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, USP, 2015.

RODRIGUES, Ana A. A. de O.; SANTOS, Adriano M. dos; ASSIS, Marluce M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 907-915, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov.2014.

RUANO, Ana L. et al. 'It's the sense of responsibility that keeps you going': stories and experiences of participation from rural community healthworkers in Guatemala. *Archives of Public Health*, v. 70, n. 18, p. 1-8, 2012.

SAKATA, Karen N.; MISHIMA, Silvana M. Articulação das ações e dos Agentes Comunitários: interação de saúde na equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n3/19.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

SANTOS, George A.; NUNES, Mônica de O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00105.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SILVA, Elaine R. P. da et al. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 635-641, 2012.

SIPS, Ilona. et al. Community care workers, poor referral networks and consumption of personal resources in rural South Africa. *Plos One*, v. 9, n. 4, p. e95324, 2014.

SMITH, Deveridge A. S. et al. Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. *Human Resources for Health*, v. 12, p. 24, 2014.

WALT, Gill. *Community health workers in National Programme: just another pair of Hands?*. Philadelphia: Open University Press, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Community health workers: What do we know about them? Evidence and Information for Policy*, Department of Human Resources for Health Geneva, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

_____. (WHO). *Strengthening the performance of community health workers in primary health care*. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 780), 1989. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39568/1/WHO_TRS_780.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

4.2 Artigo 2

Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre Agente Comunitário de Saúde e usuário

O artigo referente a pesquisa de campo será submetido ao periódico *Saúde e Sociedade (Online)* (ISSN 1984-0470; Qualis B1 na área de Saúde Coletiva) da Universidade de São Paulo – USP. O artigo foi redigido conforme normas do periódico.

Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre Agente Comunitário de Saúde e usuário

Resumo

O estudo mapeou parte da produção de cuidado em saúde mental que acontece no encontro entre Agente Comunitário de Saúde (ACS) e usuário na Atenção Primária à Saúde (APS). A metodologia utilizada foi a Cartografia, fundamentada na Esquizoanálise, teoria filosófica de Gilles Deleuze e Félix Guattari, cujo interesse é mapear as linhas de força que conectam o objeto de estudo. Para a captura da produção de cuidado, realizaram-se grupos focais com ACS de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), de Montes Claros-MG. Como resultado, verificam-se deslocamentos no cuidado dos ACS, quando, saindo das linhas duras “profissionais psi cuidam” e “cuidar sem se envolver”, são atravessados por linhas maleáveis e de fuga, oferecer escuta e pensar sobre o encontro com o usuário; contudo, há reterritorialização por nova linha dura: “escutar não basta”. Aponta-se a potencialidade do ACS no cuidado em saúde mental na APS: um trabalhador aberto à invenção de sua subjetividade e à Reforma Psiquiátrica. Para tal, são necessários agenciamentos que contribuam para novas formas de cuidado em seu território de trabalho, dando-lhes visibilidade e reconhecimento.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Saúde Mental; Cartografia.

Abstract

The study mapped part of the production of mental health care that happens in the meeting of the Community Health Agent (CHA) and user in the Primary Health Care (PHC). The used methodology was the Map-making, based on Schizoanalysis, philosophic theory of Gilles Deleuze and Félix Guattari, whose interest was to map the strength lines that connects the study object. To capture the production of the care, focal groups were done with the CHA of the Family Health Strategy (FHS), of Montes Claros – MG. As a result, it was verified the shifting in the CHA’s care, when coming out of the hard lines “psychology and psychiatric professionals care” and “care without involving themselves”, they are leaded through flexible and escape lines, offering listening and thinking about the meeting with the user; however, there is reterritorialization through a new hard line: “listening is not enough”. Potential is shown in the CHA’s mental health care in the PHC: a worker open to the invention of their subjectivity and to the Psychiatric Reform. For so, managing is needed to contribute to new ways of care their workplace, giving them recognition and visibility.

Keywords: Community Health Agents; Mental Health; Cartography.

Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional estratégico inserido na Atenção Primária à Saúde (APS), é parte fundamental para a implantação das equipes de Estratégia Saúde da Família, bem como para o alcance de suas ações.

No Brasil, as primeiras experiências com o ACS aconteceram em 1987, no Ceará; o êxito dessa iniciativa para a população levou ao surgimento do Programa de Agentes de Saúde que, posteriormente, se ampliou para assegurar a efetivação dos princípios do SUS (Mendes, 2012), originando, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Priorizava-se, então, a assistência básica à população sem acesso a condutas médicas, por isso, realizava-se desde o cadastramento da população até ações de promoção e proteção da saúde da criança e da mulher, dando vez aos casos mais vulneráveis (Giovanella; Mendonça, 2008).

A atuação abrangente do ACS gerou uma demanda por serviços de saúde com tecnologia de maior densidade, por isso juntaram-se, ao ACS, médicos e enfermeiros generalistas, compondo equipes responsáveis por uma população adscrita territorialmente e organizada por famílias. Constituiu-se, assim, em 1994, o Programa Saúde da Família-PSF, como política oficial da APS no Brasil (Mendes, 2012) e, em 2006, pela Portaria nº 648/GM de março de 2006, lançou-se a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dessa forma, o PSF e sua adequada implementação se caracterizam como elemento estratégico para a consolidação do SUS, via participação social, controle social e municipalização.

Nesse viés, o ACS passou a ter uma posição singular dentro da equipe, pois sua proximidade com a comunidade o estimula à criação de vínculos, gerando a possibilidade de intervenções para o cuidado em saúde, tendo em vista que sua atuação objetiva ofertar qualidade de vida às pessoas (Brasil, 2009). Ademais, o ACS

[...] deve obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde (Fortes; Spinetti, 2004, p. 1328).

Tal situação exige do ACS criatividade e cumprimento não mecânico de tarefas, visto ser necessário que lide com situações de trabalho desafiadoras por estar inserido na mesma cultura e dificuldades que possuem as famílias acompanhadas (Lavor, 2010).

A consideração da APS como porta de entrada do sistema de saúde (Starfield, 2002), e pelo fato de o ACS nela atuar de forma peculiar, leva ao surgimento das condições para que ele encontre casos de transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. Os aspectos preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental se referem à implantação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender, com resolutividade, aos pacientes que necessitem de cuidado (Brasil, 2001). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se destina a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, evidenciando que a complexidade desses casos exige um número maior de dispositivos articulados entre si e não um único serviço, como já aconteceu: o hospital psiquiátrico. A RAPS, portanto, orienta-se no paradigma da Reforma Psiquiátrica de desinstitucionalização, uma vez que aposta na desconstrução do aparato psiquiátrico compreendido como instituição/prática/saberes reducionistas da complexidade do fenômeno da loucura, com vistas ao direito à cidadania dos usuários e à criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, de base territorial (Rotelli, 1990).

A APS compõe a RAPS e é constituída pelas 1) Unidades Básicas de Saúde: 1.1) Equipes de Atenção Básica; 1.2) Equipes de Atenção Básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua e de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; 1.3) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 2) Centros de Convivência e Cultura (Brasil, 2013).

Nesse sentido, as novas práticas de saúde exercidas pelas equipes de Saúde da Família, que rompem com o modelo curativo, medicalizante, vertical e centrado no médico colocam em cena o modelo de atenção que promove saúde ao usuário tido como ser integral. Assim, o portador de transtorno mental também passa a ser visto de forma diferente: como alguém que necessita de cuidados integrais, que lhe proporcionem dignidade, resolutividade e inclusão social. É no seu território que esses cuidados podem acontecer, ainda mais quando se pensa na equipe de Saúde da Família, capaz de oferecer cuidados generalistas quanto à saúde e de resolver situações que demandam intervenções imediatas; como aquelas associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, aos egressos de internações psiquiátricas, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos portadores de transtornos mentais graves e às situações decorrentes da violência e da exclusão social (Büchele e col., 2007).

O ACS é considerado profissional da ponta do sistema de saúde, próximo das famílias e dos diversos pacientes, e, especificamente, daqueles com transtorno mental e usuários de crack, álcool e outras drogas. Assim, capturar a produção de cuidado que acontece no encontro entre ACS e usuário permite revelar seu trabalho no sentido dos afetamentos, isso quer dizer, dos efeitos da ação de um sobre outro a partir do encontro entre ambos; efeito que pode ser potencializador ou não (Romagnoli, 2003).

Estudos sobre o cuidado do ACS em saúde constata uma lógica instrumental, normatizada e estruturada por um saber técnico, fundamentado num modelo biologicista. Suas capacidades inventivas acabam por ser capturadas por essa realidade (Ferreira e col., 2009); isso nos levou à questão norteadora desta investigação, sobre como isso acontece no campo da saúde mental, sobretudo pelo ACS se constituir como mais um dos profissionais da Reforma Psiquiátrica.

Metodologia

Com a intenção de rastrear o cuidado em saúde mental que acontece no encontro entre ACS e usuário, ofertado no seu cotidiano de trabalho, utilizamos do método cartográfico também chamado de Cartografia. Este se fundamenta na Esquizoanálise, teoria filosófica proposta por Deleuze e Guattari, que concebe a realidade não de forma fixa, hierarquizada e simplificada, amparada numa verdade explicativa, conforme o modelo das ciências modernas, mas complexa, rizomática e imanente (Deleuze, 1974; Romagnoli, 2009). Isso quer dizer que a realidade se compõe de objetos que estão em constante transformação, devido à relação combinada de dois planos: o das formas e o das forças. O plano das formas se refere ao instituído, definido, binário (homem-mulher, rico-pobre), e o plano das forças diz respeito às linhas que afetam as formas, os objetos, e os modelam. No entanto, essa configuração é sempre momentânea, pois os planos estão em constante relação de agenciamento (Escóssia; Tedesco, 2012). Trata-se, aqui, da noção de rizoma, que tem como imagem, a partir da botânica, o “caule [...] subterrâneo, horizontal, mais ou menos espesso, rico em reservas e com capacidade de produzir raízes e caules em cada nó; se distingue das raízes pela presença de nós, gemas e escamas” (Brasil, 2009, p. 327). Descrição que pode ser complementada: acontece um emaranhado sem delimitação de começo ou fim, em que se podem percorrer diversas direções, entrando ou saindo de qualquer ponto, sem definir uma unidade, mas sim a multiplicidade da variedade de conexões possíveis. Essa descrição nos auxilia a acompanhar o pensamento de Deleuze e Guattari (1995), no que se refere à consideração da realidade como

rizomática, compreendida pelo atravessamento de fluxos e velocidades, sem fim ou começo, numa composição complexa, horizontal e de conectividade.

Desse modo, a Cartografia, metodologia utilizada nesta pesquisa, acompanha processos e não realidades dadas; por isso, se produzem dados e não se colhem dados, uma vez que se investiga a processualidade e produção da subjetividade (Kastrup, 2012). Seu objetivo é “(...) desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (Barros; Kastrup, 2012, p. 57). É isso que pretendemos conhecer, no encontro com o ACS: as forças que o atravessam no cuidado em saúde mental e que o produzem como trabalhador da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a subjetividade pode ser compreendida como composta por múltiplos componentes de subjetivação que se cruzam. Sua produção é “[...] continuamente constituída a partir das ligações e religações que suas ramificações fazem e refazem com elementos intra e extrapsíquicos, individuais e pré-individuais humanos e não-humanos, orgânicos e inorgânicos [...]” (Parpinelli; Souza, 2005). Compreendemos, assim, que a subjetividade faz conexões rizomáticas, por isso pode ser considerada como um devir.

Romagnoli (2014) esclarece ser indispensável cartografar os planos das formas e das forças que afetam o objeto de estudo, pois assim se denuncia como eles se apresentam e como se organizam, além de se conhecer quando endurecem e quando produzem vida por meio de seus rearranjos. Nesse contexto, o pesquisador se localiza na via da implicação, compreendida como “[...] dispositivo de produção de conhecimento e de transformação [...]” (Romagnoli, 2014, p. 50), uma vez que pode desestabilizar as formas dominantes e lançar novas possibilidades para as diferenças. Por isso, a Cartografia, como pesquisa-intervenção, transforma a realidade investigada pelo fato de o pesquisador cartógrafo ser influenciável no encontro com seu objeto: é capaz de promover novas conexões entre as diversas forças que os constituem, por meio de suas tensões, movimentos e deslocamentos com vistas à criação de novos agenciamentos (Romagnoli, 2009; Kastrup e Barros, 2012).

Aleatoriamente, selecionamos 11 equipes de Estratégia Saúde da Família, da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais. De cada uma dessas equipes, participou, mediante interesse e disponibilidade, um ACS com, no mínimo, 01 ano de exercício na função. O primeiro movimento, na busca por mapear os afetos envolvidos na atuação dos ACS, foi entrar em contato com os enfermeiros das unidades de Saúde da Família, os quais foram informados da autorização do Secretário Adjunto de Saúde, para a realização da pesquisa, bem como de seus objetivos e da participação de somente um ACS. Nesse momento, eles falaram da quantidade de casos de saúde mental em seus territórios e de como alguns ACS

eram mais envolvidos com eles, até citando seus nomes. Algumas dessas situações se mostraram reais, quando, por exemplo, o nosso contato via telefone, disponibilizado pelo enfermeiro, com o ACS disponível e interessado em participar da pesquisa, revelou ser ele o mesmo citado pelo enfermeiro. Mas, quando não se confirmavam, ainda se mantinha a disponibilidade e interesse, constatadas nas expressões que chamaram nossa atenção: “Vai ser bom para aprender”; “Já que pode ajudar a melhorar” (referindo-se ao seu trabalho). Expressões que parecem demonstrar possibilidades e desejo de deslocamento no cuidado em saúde mental ofertado por eles.

No contato com o ACS via telefone, novamente, esclarecemos sobre a pesquisa e a data do primeiro encontro, além de agradecermos pela disponibilidade. Na ocasião, os ACS confirmaram presença para a primeira de três entrevistas coletivas, quando preencheram uma ficha de identificação com dados acerca da idade, formação, tempo de serviço, equipe de origem e participação em capacitações em saúde mental. Os 11 ACS constituíram-se de oito mulheres e três homens, com faixa etária entre 23 a 64 anos, no exercício da função entre um a 13 anos, sendo seis com ensino médio completo, dois cursando ensino superior e três com ensino superior completo; oito deles participaram do projeto Caminhos do Cuidado - Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)ⁱ e todos são integrantes de equipes de Saúde da Família localizadas em regiões periféricas do município de Montes Claros.

Buscamos rastrear as formas e forças, em jogo, no cuidado em saúde mental ofertado pelos ACS no cotidiano de trabalho. Para isso, efetuamos entrevistas coletivas a partir de grupos focais, que são a expressão de experiências e de diferentes perspectivas, com o objetivo de acontecer algum debate ou diferença de opinião entre seus participantes. Como entrevistadores, somos responsáveis pela condução dessas interações, cabendo-nos ficar atentos à dinâmica grupal (Barbour, 2009). Os encontros aconteceram à tarde, de acordo com sugestões dos ACS, em três semanas consecutivas. Cada encontro durou, aproximadamente, uma hora e meia, tendo acontecido em junho de 2015. No terceiro encontro, estiveram presentes 10 ACS, porque um deles estava de atestado médico por conjuntivite. Registramos, no diário de bordo, experiências que acompanharam o desenvolvimento da pesquisa, procedimento pertinente na Cartografia, porque inclui tanto pesquisadores quanto pesquisados (Barros; Passos, 2012), devido aos afetamentos que surgem no encontro entre ambos.

Em diálogo com Deleuze, Barros (1994) lança a ideia de grupo como dispositivo capaz de provocar desconstruções nos indivíduos que o compõem, com vistas à produção de novos acontecimentos e, mesmo, de “[...] descristalizações de lugares e papéis que o sujeito-indivíduo constrói e reconstrói em suas histórias” (Barros, 1994, p. 152). Isso porque o grupo

tem a potencialidade de se desterritorializar e se transformar, uma vez que a subjetividade compreendida como processo também é coletiva. Seu alcance é para além da polarização indivíduo-grupo, que remete aos opostos que se anulam; foi essa concepção de grupo que nos orientou na produção de dados desta pesquisa.

O primeiro encontro aconteceu no dia 11 de junho de 2015, na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Chegamos mais cedo para organizar a sala e, assim, nos preparar para receber os ACS. Ficar preparados parece ter sido uma tentativa de territorializar sentimentos de insegurança e apreensão frente à desterritorialização que o método cartográfico e a filosofia de Deleuze e Guattari nos causavam, haja vista ser nossa primeira pesquisa cartográfica, o primeiro contato com esses modos de operar o conhecimento, a reflexão e os afetos, o que implica em encontros para além de análises baseadas numa pretensa neutralidade. Consideramos que fomos tão afetados por essa proposta metodológica e filosófica, até então nova para nós, no sentido do bom encontro, que, tornou-se fundamental, para a realização desta pesquisa, lançarmo-nos à criação de saídas inventivas.

Os outros dois encontros aconteceram na Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES, respectivamente, em 18 e 25 de junho de 2015, por se localizar em região mais acessível aos ACS. E continuamos a chegar mais cedo, como forma de organizar a sala e nos preparar para o grupo; contudo, no terceiro encontro, já nos percebíamos mais leves frente às possibilidades que surgiam.

Esses afetamentos a que fomos sujeitos refletem, também, uma formação acostuada ao regramento da experiência de pesquisa, sustentada numa política cognitiva com estabelecimentos prévios, segundo um modelo teórico-metodológico com maior rigidez a ser seguida. Vivenciar a experiência da Cartografia foi, e é, colocar em xeque esses antecedentes e nos depararmos com a produção de conhecimento e criação, a partir de um novo modo de estar no mundo, de habitar um território existencial – no caso, o grupo com os ACS –, e de nos colocarmos numa outra posição com o conhecimento, pois há um movimento de co-engendramento entre sujeito e objeto, e, nesta pesquisa, entre os ACS e nós. E, assim, parece se esclarecer a citação – com a qual, afirmamos, concordamos vivamente: “[...] a aprendizagem da Cartografia não é questão de aquisição de saber nem de transmissão de informação. É preciso praticar a Cartografia” (Passos e col., 2012, p. 201).

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP-UNIMONTES), nº1.042.099/2015 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa. Assim, concordaram

com a gravação e filmagem das entrevistas coletivas, as quais foram, posteriormente, transcritas na íntegra.

Resultados e discussão

O que se produziu de conhecimento sobre o cuidado em saúde mental na APS no encontro com os ACS? O traçado do mapa dos afetos, o “entre” com os ACS, estampou, como plano das formas, um modelo de cuidado em saúde mental instituído historicamente, como a responsabilidade do especialista psiquiatra, na prescrição de medicamentos, e a do psicólogo, na escuta, em atendimentos individuais ou em grupo. Percebemos, assim, utilizando-nos do termo deleuziano, uma transcendência do pensamento ao se delimitar as ações à psiquiatria e à psicologia, uma vez que tal modo de operar hierarquiza as relações de cuidado por meio da definição de quem pode oferecer o medicamento e a escuta e quem não o pode. Nesse sentido, o modo de pensar dos ACS retoma o platonismo, pois reconhece casos de saúde mental via lembrança e, apoiados na reconhecimento, acabam por repetir o modelo de quem pode cuidar: o hegemonicamente estabelecido, as ciências *psi*. Nesse rastreio, apreendemos que o cuidado em saúde mental segue a representação de um modelo a ser seguido, sendo reproduzido o mesmo para todos (Fuganti, 1990; Schopke, 2004). Isso fica claro quando os ACS explicitam sobre a importância de se ter um psiquiatra e psicólogo na equipe para cuidar diretamente dos casos de saúde mental, pois afirmam que sua função cotidiana não é escutar sobre a história de vida do usuário:

[...] a forma da minha visita lá [...] que tem horas que desvia da função...tem horas que eu vou fazer o acompanhamento de uma situação e eles começam a contar a história da vida e [...] o qual tem hora que é a função é de um psicólogo e eles começam a falar coisas que é o próprio psicólogo que tinha que estar ali agindo [...] (Grupo focal 1)

Já há outros casos que deixam de ser acompanhados devido ao fim da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da UNIMONTES, que possui consultorias em saúde mental com psiquiatra e psicólogo:

[...] foi lá, o psiquiatra [...] aí trocou os medicamentos tal, acompanhou ela [...] levou o psicólogo lá, tinha esse, esse momento de lazer com ela [...] essa equipe que tava lá era a equipe ehhh ...residência [...] aí saiu a residência, entrou outra [...] aí no momento não tem ninguém acompanhando, sabe? (Grupo focal 1).

E, ainda, quando os grupos de acolhimento e convivência deixam de acontecer porque o psicólogo não está mais na unidade, como aparece neste trecho: “Esse grupo lá mesmo tinha, agora não tem mais, porque a psicóloga foi embora, aí não tem” (Grupo 1).

O plano das formas, nesse encontro com os ACS, parece estar constituído por linhas duras, estratificadas, nas quais, para Deleuze e Guattari (1996, p. 67), “[...] tudo parece contável e previsto, o início e o fim de um segmento, bem como a passagem de um segmento a outro”. São linhas que definem os grupos molares, a normatização e o controle, mantendo uma relação binária entre opostos e, no caso do nosso território existencial, o cuidado em saúde mental ofertado por especialistas. Isso não significa que as linhas duras sejam ruins, contudo, importa como são experimentadas nas relações. Pois o desagradável seria uma fixidez em seu fluxo com vistas à sua reprodução, simplesmente (Cassiano; Furlan, 2013). Isso quer dizer que não significa que seja ruim os ACS serem atravessados pelas linhas duras, mas sim, como são experimentadas essas linhas na relação com o cuidado em saúde mental: Apesar de duras, se transformam ou se mantêm fixas? Modulam? Quando? Produzem vida? Como?

Seguindo a Cartografia, depreendemos, segundo Deleuze e Guattari, que o rizoma:

[...] não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda [...] o rizoma é feito somente de linhas: linhas de segmentaridade, de estratificação, como dimensões, mas também linha de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia, mudando de natureza (Deleuze; Guattari, 1995, p. 32).

Nesse sentido, por não haver um eixo que pré-estabeleça as relações e fluxos advindos entre os muitos que compõem o rizoma experienciado entre os ACS e nós, visto que todos e cada um somos formados por vários (Deleuze; Guattari, 1995), seguimos na produção existencial desse território. A alegria como potência de agir, em sentido spinozista (Spinoza, 1998), surge quando a vida latente é capturada na explosão de linhas de fuga e agenciamentos. Compreendemos, então, que, conhecer pela Cartografia é, justamente, estar aberto ao devir a partir de singularidades do sujeito e do rompimento com constatações dadas (Kirst e col., 2003). A realidade se mostra em produção, quando, no Grupo 1, a seguinte fala é introduzida:

[...] assim sobre a saúde mental voltando ao que nosso colega falou [sorriso] [...] eu até me fiz como se fosse um psicólogo, mas também eu percebi a fala dele, mas tem coisas que fala e o psicólogo que tem que ouvir só que a gente tem que ter cuidado aí, porque a nossa função como agente de saúde é também escutar. né? Às vezes tem

pacientes - igual a colega falou: que a própria senhora disse 'mas eu quero que alguém me escute' então assim nesse tempo todo que eu to lá na minha equipe, a gente, nossa equipe aprendeu isso também. A gente para e dá aquela atenção para o paciente. O paciente quer conversar? Converse! Quer desabafar? Desabafe! [...]" (Grupo focal 1)

Nesse momento, há o escoamento pelo rizoma de linhas de fuga, as quais desterritorializam os estratos que comportam o especialista psicólogo como responsável pela escuta. O ACS percebe que há conteúdos que são para o psicólogo escutar, mas há outros que cabem a ele, pois faz parte da sua função estar disponível à escuta: lança-se, assim, à produção de vida. Nesse viés, Cassiano e Furlan (2013) afirmam que as linhas de fuga são ativas e imprevisíveis, podendo até ser imperceptíveis, mas, mesmo assim, promovem mudanças.

Seguindo outras direções, a linha de fuga continuou a desterritorializar outros ACS, à medida que incorporaram a possibilidade de também escutar, por possuírem vínculo com o usuário, como aparece no seguinte fragmento:

[...] eu sei que ela precisa de uma pessoa que converse com ela, ela se sente bem quando a gente vai lá e conversa com ela [...] às vezes, no caso que já foi falado aqui, às vezes ela tá precisando de ser ouvida, que a gente escuta o que ela quer falar com a gente (Grupo focal 1).

E, como apontam Deleuze e Guattari (1995), quando se dá uma ruptura pela linha de fuga, corre-se o risco de ela se organizar segundo reestratificações, novamente dando poder a uma segmentaridade. Isso aconteceu quando alguns ACS insistiram que somente escutar não basta, mas que é preciso ser dito algo, tanto por eles ou pelo psicólogo, e que este seria o melhor profissional para fazê-lo. Percebe-se isso no fragmento de fala: “[...] porque não é que a gente não queira ouvir, porque a gente ouve, conforme a gente [...] ouvir ajuda. Mas às vezes não resolve só ouvir [...]” (Grupo 1).

Constatamos, então, por meio do expandir das dimensões que constituem o rizoma, que as linhas duras e flexíveis escorrem, dirigem-se a outros pontos não anteriormente percorridos (Deleuze; Guattari, 1995). Isso faz surgir outras ligações possíveis à medida que declararam a possibilidade de também escutar e valorizar isso em suas atividades, a partir do vínculo existente entre os usuários e eles. Deslocam-se da posição de “não é minha função escutar” para “posso escutar”. Emerge, assim, a potência da vida a favor da construção de um novo território existencial, pois, neste deslocamento, vislumbra-se a possibilidade de haver um rompimento possível com identidades cristalizadas (no caso, “quem escuta é especialista

psi”). Nesse instante, surge a produção de vida, no plano da imanência, em que os encontros são possíveis e a invenção pode surgir (Romagnoli, 2003).

Continuamos o rastreio do movimento das forças que se agenciam no encontro entre os ACS e nós. Capturamos, nesse momento, o “entre” os ACS e os usuários. Ambos compõem corpos que se atravessam e são atravessados pelos planos das formas e forças; corpos que se atraem ou se repelem. Ao se atraírem, dizemos de um bom encontro; Romagnoli (2009) aponta que bons encontros entre corpos são capazes de promover a vida, uma vez que impulsionam para o agir, para a mudança, e maus encontros mantêm o indivíduo refém de posicionamentos endurecidos. O acolhimento como bom encontro se dá numa “[...] ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’ [...] se produz na relação com algo ou alguém, na aproximação” (BRASIL, 2010, p. 06). E, nesse sentido, o acolhimento em saúde é pensado como movimentos de afecções capazes de produzir novos engendramentos que forcem problematizações da vida, alterando as formas-subjetividades para lançá-las a desvios, rupturas e invenções. Mas, quando se repelem, podemos dizer de um mau encontro, de uma relação objetificada entre sujeito e objeto, entre ACS e usuário, em que ambos entrariam como intersubjetividades desconectadas, separadas, incapazes de promoverem agenciamentos e invenções. Assim, o acolhimento é tido como processo de passagem e não como lugar ou técnica (Neves; Heckert, 2010). E o que se acolhe pelo ACS em saúde mental? O que se deixa passar pelos ACS? Rastreamos que os ACS podem não acolher casos de saúde mental quando se colocam numa posição endurecida, tomada pelo plano das formas, esperando que a solução do caso venha de outro profissional; que o usuário siga o estabelecido indo à consulta, tomando medicamento, seguindo as orientações dos profissionais e, ainda, sendo convidado a entrarem no domicílio durante as visitas.

Conversei com a enfermeira, só que a enfermeira falou bem assim: “eu já fui lá e vou fazer o quê?” “eu não posso fazer nada”. Não tomou nenhuma atitude em relação à casa [...] a gente não sabe nome de filho, não tem contato com parente dela nenhum pra fazer alguma coisa [...] ela disse que ia passar o caso pra psicóloga, só que até hoje ela não falou nada comigo e [...] a enfermeira não fez nada até agora! Aí eu mesmo, porque eu não tenho conhecimento do caso, não posso fazer nada, tô esperando a atitude da enfermeira pra ver o que eu faço (Grupo focal 3).

Ou ainda, não é diferente, quando no encontro entre ACS e usuário, o ACS reproduz a posição de orientadores às famílias sobre o parente adoecido, afirmando que quem cuida é a família. Os ACS ajudam acionando os demais profissionais da equipe (médico, enfermeiro e psicólogo) ou outros serviços, para que tomem a decisão do que deve ser feito. Definem,

assim, o cuidado a ser ofertado em saúde mental, inclusive por terem receio de se envolverem com o caso, com o paciente e adoecerem também. Por isso, afirmam ser necessário haver uma separação entre o lado pessoal e profissional. Novamente um modelo de acolhimento a ser seguido: *“Eu procuro não me envolver muito não [...] a primeira vez que vai visitar igual, eu, você acaba pouco, assim, pensando, se você envolver muito, você acaba ficando doente também...então você tem que ver com mais naturalidade [...]”* (Grupo focal 3).

Como nosso encontro não acontece baseado na neutralidade ou na reprodução, mas justamente na via do afetamento, neste ponto rastreamos que o trabalho humano vivo dos ACS pode ser capturado pelo trabalho morto. Isso quer dizer que seu protagonismo e autonomia podem ser envolvidos pelo aprisionamento da vida e reprodução, afetados pelas linhas duras que insistem: os demais profissionais e serviços ditam o que deve ser feito, à medida que não querem se envolver. O encontro entre ACS e usuário não acontece com toda potencialidade possível, capaz de transformar a ambos, visto se apoiar na ideia do acolhimento sem envolvimento, de um modelo a ser seguido e não inventado no caso a caso.

Sabemos que o encontro entre ACS e usuário não acontece de forma desertificada ou regular, em que ambos não se tocam. Pelo contrário, constatamos que, justamente por ser impossível não se afetarem, o ACS quer se manter distante. Mas será isso possível? Sendo a realidade atravessada pela multiplicidade? Parece que não, uma vez que a micropolítica do processo de trabalho se constitui do plano das formas e forças que coexistem e se atravessam. Por isso, a presença do trabalho vivo em ato pode forçar rupturas nessas posições (Neves; Heckert, 2010; Merhy, 2014). E, assim, capturamos pelos devires que perpassam esse território existencial, no plano da imanência, ACS, desapegados dessas reproduções; criam e se dizem felizes de suas invenções, mas que chegam a ser malvistas por suas equipes ou mesmo, durante a entrevista coletiva, como demasiadamente envolvidos com os casos. Isso porque escutam, buscam saber mais dos usuários com os vizinhos, familiares e profissionais, deixando de fazer atividades na unidade para conversar com o usuário, pensam em como podem ajudar e, assim, encontrar saídas inventivas para os casos.

[...] eu vou buscar informações sobre a esquizofrenia a partir da hora que ela me informou, eu vou procurar saber o que é, pra ver onde eu posso ajudar [...] pelo menos eu, independente de estar na minha área ou não como agente, tenho que tá pedindo a família...conversando com a família pra ver o que pode ser feito [...] ehhs às vezes a gente fala assim: eu não me deixo envolver, mas não tem como eu não preocupar; ele é um ser humano [...], acho que parte de cada um pra ver o que pode ser feito...talvez não envolver tanto, mas, pelo menos, preocupar com o ser humano (Grupo focal 3).

E, novamente, o rizoma se rompe, desta vez por linhas maleáveis, desterritorializando estratos sobre o acolher, cuidar sem se envolver. As linhas de segmentaridade maleável possuem “impulsos e rachaduras na imanência de um rizoma, ao invés dos grandes movimentos e dos grandes cortes determinados” (Deleuze; Guattari, 1996, p. 72). Essas linhas promovem desestratificações relativas, sendo menos localizáveis e compõem mais espaços de micropolítica, por isso escapam mais por movimentos sorrateiros. Sendo assim, um dos ACS diz que o encontro entre eles, no espaço da pesquisa, o fez pensar COMO está promovendo o seu encontro com os usuários

[...] parar um pouco e ver até que ponto a gente está sendo profissional e esse profissionalismo está sendo eh suficiente para o tratamento do paciente, sabe? Às vezes, a gente precisa ser também um pouquinho mais humano [...] tem dias que estou sobrecarregada, e por causa disso, você acaba sendo assim muito objetiva na sua visita [...] e com essas falas de [...] (refere-se a uma das ACS no grupo) a gente para e pensa [...] vamos dar uma parada e ter um olhar diferenciado com o paciente (Grupo focal 3).

Rastreamos, assim, a potencialidade de um bom encontro entre os ACS e nós, à medida que desterritorializações foram possíveis para a construção de novas reterritorializações no cuidado em saúde mental. E isso se fez porque as linhas que atuam na realidade estão buscando conexões, lançando-se aos afetamentos e variações contínuas de intensidade, sem se prenderem ao binarismo das relações; a hierarquia deixa de predominar em contraposição à diferença, à multiplicidade; não somente o especialista *psi* escuta e, também, a necessidade de se pensar sobre como tem-se ofertado o cuidado. É isso que permite a geração de novos sentidos e novas formas de expressão, ou seja, desvencilhando-se da reprodução, inventa-se a subjetividade, uma vez que ela é atravessada, rizomaticamente, por linhas duras, maleáveis e flexíveis (Cassiano; Furlan, 2013). Captura-se, então, a possibilidade de os ACS terem sua subjetividade produzida e não reproduzida.

Guattari (1992) afirma que a subjetividade sempre é produzida nas relações, nunca é dada. E que o relevante está no “entre” que se constrói no encontro entre sujeito e coletividades variadas, por isso pode-se dizer da multiplicidade da subjetividade, uma vez que ela afeta e sofre afetamentos nesses encontros. Afetamentos possíveis devido às linhas que se movimentam rizomaticamente nesse “entre”. A subjetividade, portanto, não é cristalizada, mas pode ser agenciada, recriada. Por isso, podemos dizer que a subjetividade dos ACS parece ter sido agenciada no encontro que se deu no grupo de entrevista, no coletivo, ao

expressarem a possibilidade de inventar no encontro com os usuários, ou seja, “também escutá-los”, assim como “parar e pensar” sobre como estão cuidando do usuário. Manifestam, assim, a potencialidade de o processo de subjetivação acontecer, enquanto trabalhadores do campo da saúde mental.

Nesse viés, e finalizando esse mapeamento dos afetos, compreendemos a Cartografia como pesquisa intervenção, um método capaz de acessar processos, estados ou formas instituídas e modificá-las (Passos e col., 2012), a partir do encontro entre o cartógrafo e seu objeto de estudo, no caso desta pesquisa, entre os ACS e nós. Isso porque o cartógrafo se lança à experiência, não estando neutro na relação com ela e nem carregado de um ponto de vista, pois se constitui de uma linha de força que desestabiliza essa realidade, aumentando o grau de abertura do instituído à liberdade de criação. Sua função é acompanhar processos de subjetivação, cuidando do que possa advir (Passos; Eirado, 2012). Parece ter sido o que aconteceu, quando, como pesquisadores-cartógrafos, nos lançamos à possibilidade de conhecer o território existencial do cuidado em saúde mental ofertado pelo ACS e cartografamos fluxos endurecidos, mas que foram desestabilizados e se expandiram às novas conexões de cuidado em saúde mental.

Considerações finais

A proposta desta pesquisa foi conhecer e analisar os encontros dos ACS com o cuidado em saúde mental na APS, a partir do rastreamento do plano das formas e forças que os afetam. Foi possível, assim, conhecer como se organizam esses planos e, então, acessar tanto os entraves que podem endurecer o cuidado em saúde mental, como as possibilidades de se produzirem novas formas de cuidado.

No processo, os ACS mostraram-se abertos à produção de suas subjetividades por meio do aprender, pois, desde o início do mapeamento dos fluxos, eles demonstraram esse interesse com a pesquisa. No entanto, as condições de trabalho das quais participam são desfavoráveis a essas invenções subjetivas, uma vez que compõem equipes transcendentais no cuidado em saúde e saúde mental.

Quanto ao processo de subjetivação dos ACS, foi-nos possível constatar movimentos favoráveis à construção de novos modos de cuidado em saúde mental, por meio do registro de novos fluxos construídos nesse sentido no grupo, como o “escutar” e “pensar como têm cuidado”. Ou seja, o encontro, no grupo, entre os ACS, possibilitou agenciar fluxos e vislumbrar novas possibilidades de cuidado. Mas, como a realidade é rizomática, constituindo-se de invenções e, também, de estratos, foi possível constatar que estes nós

aparecem e precisam ser cuidados para que não capturem a vida necessária à criação do cuidado em saúde mental.

Esta pesquisa apontou-nos a potencialidade do ACS no cuidado em saúde mental na APS, sendo ele um trabalhador propício à invenção de sua subjetividade e, conseqüentemente, da Reforma Psiquiátrica. No entanto, para tal, ele precisa de agenciamentos que contribuam para novas formas de cuidado, os quais seriam interessantes de acontecer no seu próprio território de trabalho, para dar-lhe visibilidade e reconhecimento.

Por fim, como pesquisadores que acompanhamos processos, segundo a Cartografia, evidenciamos que conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, uma vez que não se pode alcançar isso sem estarmos imersos no plano da experiência. Para conhecer sobre o cuidado em saúde mental ofertado pelos ACS, somente caminhando com eles nessa construção. E foi assim que, também, nos abrimos às possibilidades de construção e invenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. *Glossário ilustrado de morfologia*. Brasília : Mapa/ACS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República- Casa Civil- Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Política Nacional da Saúde Mental*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em 31 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ministério da Saúde- Gabinete do Ministro*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 23 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BARBOUR, R. Introdução a grupos focais. In: Barbour, R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 19-36.

BARROS, L. P. da; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L.. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.172-200.

BARROS, R. D. B. Grupo e Produção. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde e Loucura 4*. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 144-154.

BÜCHELE, F.; LAURINDO, D.; BORGES, V.; COELHO, E.. A Interface da Saúde Mental na Atenção Básica. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba. v. 11, n. 3, p. 226-233, 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7308/0>> Acesso em: 13 ago 2015.

CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 372-378, 2013.

DELEUZE, G. *A lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed 34, 1995. p. 10-36.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e Esquizofrenia: vol. 3*. Rio de Janeiro: Ed 34, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Três novelas ou "o que se passou?" In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Ed 34, 1996. p. 58-75.

ESCÓSSIA, L. da; TEDESCO, S.. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 92-108.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.898-906, 2009.

FORTES, P. A. de C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago 2015.

FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec, n. 2, p. 19-82, 1990.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: GUATTARI, F.. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 11-44.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32-51.

KASTRUP, V.; BARROS, L. P. da. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 76-91.

KIRST, P. G. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. (orgs.). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. p. 91-101.

LAVOR, A. C. H. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 16-19.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-168, 2010.

PARPINELLI, R. S.; SOUZA, E. W. F. de. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 479-487, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set 2015.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa - intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 17-31.

PASSOS, E.; EIRADO, A do. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 109-130.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L da. Posfácio - Sobre a formação do cartógrafo e o problema das políticas cognitivas. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 201-205.

ROMAGNOLI, R. C.. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set 2015.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago 2015.

ROMAGNOLI, R. C. Os encontros e a relação familiar: uma leitura deleuziana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672003000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set 2015.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. Tradução de Fernanda Nicácio. In: NICÁCIO, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SCHOPKE, R. O pensamento como ultrapassamento da razão clássica. In: SCHOPKE, R. *Por uma filosofia da diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade*. Rio de Janeiro/São Paulo: Contraponto/EDUSP, 2004. p. 19-42.

SPINOZA, B. de. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde, 2002.

4.3 Resumo simples apresentado no IX Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG) da Unimontes



ACÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

JANIA LURDES PIRES SAMUDIO¹; LETÍCIA CARNEIRO BRANT²; ANA CLARA DE FREITAS DIAS COSTA MARTINS³; CRISTINA ANDRADE SAMPAIO⁴

¹ Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES; Pós-graduanda em Cuidado Primário em Saúde; email: jansamudio@yahoo.com.br

² Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES; Iniciação científica FAPEMIG - Acadêmica de medicina; email: letlebrant@gmail.com

³ Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES; Iniciação científica voluntária - Acadêmica de medicina; email: anaclarafdecosta@hotmail.com

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES; Doutora em Saúde Coletiva/ depto. Saúde Mental e Saúde Coletiva/ Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde; email: cristina.sampaio@unimontes.br

INTRODUÇÃO

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são profissionais de saúde que residem na comunidade onde trabalham, responsáveis por desenvolverem atividades de saúde de acordo com o pré-estabelecido pelos sistemas de saúde, no entanto, não fazem parte, obrigatoriamente, de sua composição (WHO, 1989). A origem do ACS ocorreu na década de 1920, em Ding Xian, na China, sendo que na década de 1980 o programa mais bem sucedido de ACS foi no Brasil (PERRY, 2013).

O ACS é um profissional estratégico inserido na Atenção Primária à Saúde (APS), por influenciar a criação e manutenção de comportamentos saudáveis onde há poucos profissionais de saúde. Dessa forma, tornam os sistemas de saúde cada vez mais eficientes por facilitarem o acesso das pessoas aos serviços de saúde.

OBJETIVO

Conhecer quais ações o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza no seu cotidiano de trabalho na Atenção Primária à Saúde no Brasil e em outros países.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura, que consiste em uma análise de publicações, com a finalidade de obter dados e conclusões sobre determinada temática (POLIT, BECK, 2006; POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

Foram seguidos os seis passos para a realização do estudo (MENDES *et al.*, 2008):

1º: foram demarcadas as principais questões relacionadas: Quais as atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo?

2º: procedeu-se à busca nas bases de dados (FIGURA 1) que tinham como critérios de inclusão: artigos na íntegra e publicados no período de 2010 a 2014, nos idiomas inglês, espanhol e português e que procurassem responder ao objetivo proposto. Foram excluídas publicações que não se relacionavam ao tema da pesquisa, ações incluídas e avaliadas *à posteriori* no cotidiano de trabalho do ACS e os que possuíam metodologia não confiável.

3º: foram selecionadas as informações relativas ao assunto e extraídos os dados da publicação, autoria, local e ano de publicação, base de indexação, local do estudo, objetivo, desenho metodológico e principais resultados. Todas as publicações incluídas foram lidas na íntegra e analisadas para o preenchimento da referida planilha.

4º, 5º e 6º: análise das publicações, interpretação, síntese e apresentação da revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Base de Dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
SciELO	10	06
LILACS	31	07
MEDLINE	76	03
PubMed	61	02
CAPEL	57	01
TOTAL	232	19

FIGURA 1: Estratégia de busca eletrônica e localização nas bases de dados, outubro a dezembro de 2014.

A amostra se compôs de 19 artigos (14 na língua portuguesa e os demais na língua inglesa). Do total, 14 artigos publicados em periódicos brasileiros, referentes a pesquisas realizadas no Brasil, dois em periódicos americanos, relativos à pesquisa na África e Alasca, dois em periódicos do Reino Unido, mas de pesquisas realizadas na África e um em periódico da Bélgica, mas relativo à pesquisa na Guatemala. Os artigos foram publicados entre 2010 e 2014, sendo que 11% em 2010, 16% em 2011, 26% em 2012, 5% em 2013 e 42% em 2014. Sobre a área temática do periódico 07 são de Saúde Coletiva, 06 de Enfermagem, 02 de Recursos Humanos, 01 de Psicologia, 01 de Odontologia, 01 Interdisciplinar e 01 de Saúde do Ártico e da Antártida.

Os resultados apontam uma diversidade de ações desenvolvidas pelos ACS e o predomínio de suas práticas na comunidade. Também, percebe-se fragilidades do fazer do ACS, sendo que há semelhanças e diferenças nas ações desenvolvidas pelos ACS brasileiro e de outros países.

CONCLUSÃO

Constata-se o cuidado em saúde priorizado pelo ACS nas suas ações, ocupando o lugar de elo entre equipe e comunidade independente do país que se localize. Demonstra ser um profissional capaz de executar diversas ações, de acordo com as exigências dos contextos sócio-culturais e dos sistemas de saúde onde está inserido, chegando a colocar a si próprio em risco em algumas situações. As contribuições do ACS ao desenvolvimento dos sistemas de saúde e de melhorias da saúde de suas comunidades mostram-se evidentes com este estudo.

REFERÊNCIAS

- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 mai. 2015.
- PERRY, H. A Brief History of Community Health Worker Programs. In: Encyclopedia of Public Health, ed. W.Kirch. Berlin: Springer Ref. 2013. Disponível em: <http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/02_CHW_History_0.pdf>. Acesso em 13/08/2015.
- POLIT, DF, BECK, CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- POLIT, DF, BECK, CT, HUNGLER, BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- WHO. World Health Organization. Strengthening the performance of community health workers in primary health care. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization (WHO) Technical Report Series, No. 780, 1989. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39568/1/WHO_TRS_780.pdf>. Acesso em 15/08/2015.

APOIO: **FAPEMIG**



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pretendeu-se, com a revisão integrativa, descrever o conhecimento produzido na literatura acerca das atividades realizadas pelo ACS e sua inserção no trabalho no Brasil e em outros países em que esse profissional atua nos serviços de saúde. A partir disso, foi possível constatar a diversidade de ações realizadas pelo ACS, tanto no Brasil como em outros países e, assim, se aproximar da sua realidade cotidiana de trabalho, bem como conhecer atividades que lhe são comuns, como a visita domiciliar e o fato de ser elo entre equipe de saúde e comunidade. Marca-se, nesse sentido, o modo de atuar do ACS como profissional: com habilidades e competências específicas que precisam estar claras para ele e para a equipe, bem como de acordo com o contexto onde se insere. Assim, será valorizado, ainda mais se possuir uma formação propícia à realidade de trabalho e receber apoio financeiro e técnico. A partir da revisão integrativa, foi possível conhecer mais sobre o fazer do ACS e assim delimitar o objeto de estudo desta dissertação.

Com a pesquisa de campo, foi possível, com a metodologia da Cartografia, mapear os processos de subjetivação dos ACS no cuidado em saúde mental ofertado em seu cotidiano de trabalho. Essa proposta baseou-se na realização de três grupos focais realizados com os ACS de equipes de ESF da zona urbana de Montes Claros. Considerou-se a posição de implicação do pesquisador no processo de produção dos dados, com os ACS, e seu formato de pesquisa-intervenção, que tem a intenção de promover mudanças no território a partir de desestabilizações dos fluxos no “entre” e, assim, fazer surgir possibilidades de produção de vida. Para o pesquisador cartógrafo, é fundamental estar atento aos fluxos e formas que mantêm o endurecimento da passagem da vida, por isso, ocupar esse lugar se tornou um desafio, já que foi a primeira Cartografia realizada pela pesquisadora.

Nesse sentido, o estudo possui suas limitações à medida que, por ser a primeira prática cartográfica da pesquisadora, alguns fluxos podem ter passado despercebidos. Portanto, se mais encontros fossem possíveis, a pesquisadora poderia ficar mais à vontade, inclusive para proporcionar o correr dos fluxos. E, assim como outras situações, no decorrer dos grupos, surgiram e afetaram o pesquisador; também foram possíveis capturas de outros planos de formas e linhas, por isso esta dissertação não encerra a possibilidade de novos conhecimentos acerca do ACS no cuidado em saúde mental.

Para este estudo, priorizou-se a forma capturada de cuidado em saúde mental, apoiada no modelo hegemônico de assistência à saúde, fragmentado e que valoriza as funções dos especialistas; que também se mostra extremamente influenciador das ações de cuidado. Esse modelo se reflete, igualmente, no cuidado em saúde mental, em que psicólogos e psiquiatras são tidos, exclusivamente, como seus responsáveis. Também, foi possível rastrear o receio do ACS em se envolver com o usuário e, então, ocupar o lugar de orientador para a família, direcionando-a a buscar outros profissionais ou sobre o tratamento a ser seguido. Por isso, aposta-se na possibilidade de deslocamentos das subjetividades dos profissionais que compõem os dispositivos da RAPS, para que não se anulem os princípios da Reforma Psiquiátrica, movimento social em que circulam várias forças. E, no caso deste estudo, aposta-se no ACS como profissional de primeiro contato, capaz de permitir o acesso do portador de transtorno mental ao cuidado, de maneira a não se deixar afetar pelas suas formas hierarquizadas.

O encontro entre pesquisador e ACS permitiu o surgimento, mesmo que momentâneo, de fluxos capazes de apontar a invenção no cuidado em saúde mental no seu cotidiano de trabalho. Assim, cartografaram-se possibilidades de surgimento de vida, uma vez que o plano das formas foi atravessado por intensidades inventivas. Situações provisórias, mas gratificantes no sentido de se perceber, realmente, o ACS como profissional a ser afetado e participante da Reforma Psiquiátrica. Profissional extremamente aberto a novas possibilidades, a querer aprender e fazer sempre o melhor.

Um mapa circunstancial foi criado a partir da captura do cuidado em saúde mental pelo ACS na APS. E esse mapa demonstrou a possibilidade de suas subjetividades serem inventadas; por isso, pode-se apostar na mudança via afetamentos.

REFERÊNCIAS

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARROS, L. P. da; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Glossário ilustrado de morfologia** / Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. – Brasília : Mapa/ACS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acessado em 02/10/2015.

_____ Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acessado em 02/10/2015.

_____ **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acessado em 02/10/2015.

_____ **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em 02/10/2015.

_____ **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 23 de jan. 2016.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 15 jul. 2015.

BÜCHELE, F.; LAURINDO, D.; BORGES, V.; COELHO, E. A interface da saúde mental na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 226-233, 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7308/0>>. Acessado em: 13 ago 2015.

DELEUZE, G. Controle e Devir e Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 1995. p.10-36.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 23-41, nov. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272005000200003&script=sci_arttext> Acessado em: 20 ago 2015.

ESCÓSSIA, L. da; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p 92-108.

FERREIRA, V. S.C.; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L da. **Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32-51.

LAVOR, A. C. H. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas.** Caracas, 1990.

PARPINELLI, R. S.; SOUZA, E. W. F. de. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 479-487, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2015.

ROLNIK, S. **Geopolítica da Cafetinagem.** 2006. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Geopolitica.pdf>>. Acesso em: 24/01/2016.

ROMAGNOLI, R. C. A Cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, ago 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set 2015.

_____ O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, abr 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago 2015.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. Tradução de Fernanda Nicácio. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990, p.17-59.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde, 2002.

WHO, World Health Organization. **Strengthening the performance of community health workers in primary health care.** Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 780), 1989. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39568/1/WHO_TRS_780.pdf>. Acesso em: 1 ago 2015.

APÊNDICE

Ficha de Identificação do ACS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO	
ID: _____	
GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO	IDADE: DATA DE NASCIMENTO: __/__/____
FORMAÇÃO: () ENSINO FUNDAMENTAL () ENSINO MÉDIO () ENSINO SUPERIOR () COMPLETO () INCOMPLETO CURSO: _____	
TEMPO DE TRABALHO COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS): _____	
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: _____	
CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL : () SIM () NÃO SE SIM, QUAL? _____	

ANEXO

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: JANIA LURDES PIRES SAMUDIO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39687014.0.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.042.099

Data da Relatoria: 15/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo, que será realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), localizadas no município de Montes Claros-MG. Possui como objetivos analisar a percepção dos ACS sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando a compreensão do que é o cuidado em saúde mental para o ACS na APS; identificar quais são as questões relacionadas à saúde mental, enfrentadas pelos ACS's no cotidiano de trabalho; conhecer quais cuidados em saúde mental os ACS realizam cotidianamente; mapear o cuidado em saúde mental no território de atuação do ACS e propor estratégias de intervenção junto às equipes por meio dos resultados encontrados na pesquisa. Como referencial metodológico, adotaram-se os pressupostos da cartografia; a metodologia proposta está dividida em seis momentos: sorteio, identificação, realização de grupos focais, observação, entrevistas, análise dos dados e realização de uma oficina para devolução dos resultados. A justificativa de tal trabalho se dá porque a Política Nacional de Saúde Mental preconiza, além da desinstitucionalização progressiva de pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, o atendimento humanizado e territorializado do usuário nos serviços de saúde e saúde mental, por meio do trabalho em rede. Por isso, torna-se relevante conhecer quais

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.042.099

mudanças ocorreram no modelo produtivo de cuidado em saúde mental, sem haver a repetição do modelo hegemônico. Como produtos desta pesquisa discriminam-se uma dissertação de mestrado, uma iniciação científica, dois artigos em revistas especializadas e dois trabalhos completos publicados em anais de congressos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa será conduzida por uma psicóloga atenta a quaisquer desconfortos ou riscos (por exemplo, ansiedade, medo) que possa haver por parte dos participantes, de maneira a intervir de forma rápida na situação. Caso seja necessário as atividades serão interrompidas.

Benefícios: Contribuir para um melhor conhecimento do cuidado em saúde mental ofertado pelos Agentes Comunitários de Saúde à comunidade e, a partir disso, propor estratégias de intervenção adequadas à situação encontrada para que as equipes de Saúde da Família estejam de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante e atual. A redação é clara, objetiva e os marcos referenciais são recentes e pertinentes ao tema do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram elaborados e apresentados de forma clara e dentro das exigências do CONEP.

Recomendações:

Não há recomendações a ser sugeridas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes analisou o projeto e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof.ª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 38.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

Página 02 de 03

¹O Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Grupo Hospitalar Conceição e a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) ofereceu, no período de 2013 a 2014, o curso de Formação em Saúde Mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em todo o território nacional. Disponível em: <<http://www.caminhosdocuidado.org/sobre-o-projeto/>>