

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLOS ALBERTO FERREIRA

**TRANSTORNO DEPRESSIVO EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: Projeto de intervenção no município de Ponte Nova - MG**

LAGOA SANTA – MG

2014

CARLOS ALBERTO FERREIRA

**TRANSTORNO DEPRESSIVO EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: Projeto de intervenção no município de Ponte Nova - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ms.Eulita Maria Barcelos

LAGOA SANTA – MG

2014

CARLOS ALBERTO FERREIRA

**TRANSTORNO DEPRESSIVO EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: Projeto de intervenção no município de Ponte Nova - MG**

Banca Examinadora

Prof. Ms.Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte

___ / ___ / _____

“Um profissional de saúde é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns. De muitas maneiras, é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana”.

(Autor desconhecido)

RESUMO

A depressão é uma doença muito comum na sociedade moderna e frequentemente está associada à incapacitação e a alto custo social, econômico e individual. Quando acomete profissionais da saúde, independentemente de sua função, gera perda da qualidade do serviço prestado à população. Para os agentes comunitários de saúde, a essência da sua função está nas relações e nos vínculos estabelecidos tanto na comunidade quanto na equipe. Suas ações dependem da boa relação entre as pessoas, pois vivem e trabalham com gente. Quando isto ocorre de forma harmoniosa, gera-se um melhor rendimento profissional e um aumento na satisfação pessoal. Na equipe de PSF da Rasa, em Ponte Nova - MG, quatro dos cinco agentes comunitários de saúde tem o diagnóstico e fazem uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. Um número que sem dúvidas chama a atenção e nos faz notar a importância do tema e a necessidade de se reconhecer o problema, de modo a garantir intervenção imediata e apoio àqueles que necessitam. O presente trabalho tem por objetivo, portanto, propor um projeto de intervenção que contribua para a manutenção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais como a depressão nos agentes comunitários de saúde do município de Ponte Nova – MG. Utilizando como descritores os termos “depressão”, “saúde mental”, “agentes de saúde” e “transtornos depressivos”, foi realizada uma revisão narrativa da literatura por meio de levantamento retrospectivo das pesquisas publicadas no período de 1996 a 2013 em artigos presentes nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A partir desse referencial teórico, procedeu-se à sistematização das informações, permitindo, assim, a elaboração do plano de ação. Estruturado em três programas (Equipe nota 10, Agente nota 10 e Bem estar mental), espera-se que permita uma abordagem precoce da depressão e seus espectros de manifestação nessa população específica do município, visando garantir uma melhor qualidade de vida e no trabalho realizado por estes dentro do contexto da Equipe de Saúde da Família.

Palavras-chave: Depressão. Saúde mental. Agentes de saúde. Transtorno depressivo.

ABSTRACT

Depression is a very common disease in modern society and is often associated with disability and the high social costs, economic and individual. When affects health professionals, regardless of their function, generates a loss in quality of service to the public service. For community health workers, the essence of its function is in the relationships and links established both in the community and in the team. Their actions depend on the good relationship between people, because they live and work with people. When this occurs smoothly, it generates a better professional performance and an increase in personal satisfaction. In the PSF team Rasa in Ponte Nova - MG, four of the five community health workers have the diagnosis and make use of antidepressants and antianxiety medications. A number that undoubtedly attracts attention and makes us notice the importance of the issue and the need to recognize the problem in order to ensure immediate and support to those who need intervention. This study aims, therefore, propose an intervention project that contributes to the maintenance of mental health and prevention of mental disorders such as depression in community health agents in the city of Ponte Nova – MG. Using descriptors as the terms "depression", "mental health", "health workers" and "depressive disorders", was conducted a narrative review of the literature through a retrospective survey of works published from 1996 to 2013 in these Articles in databases Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). From this theoretical framework, we proceeded to the systematization of information, thus allowing the preparation of the action plan. Structured in three programs (Team note 10, Agent note 10 and Mental wellness), is expected to allow an early approach of depression and its manifestation spectra in this particular population of the municipality, to ensure a better quality of life and work performed by these within the context Health Team Family.

Key Words: Depression. Mental health. Health workers. Depressive disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Priorização dos problemas enfrentados pela população adscrita no PSF Rasa, 2014	19
Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós” críticos do problema saúde mental dos agentes comunitários de saúde, 2014	21
Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos, 2014.....	23
Quadro 4 - Proposta de ações para a motivação dos atores, 2014	24
Quadro 5 - Plano Operativo, 2014	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVO	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu no Brasil em alguns estados do Nordeste, na década de 1970. No entanto a disseminação da ideia foi em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. A princípio, o programa focalizava a mortalidade materno-infantil, posteriormente expandindo para o apoio à organização da atenção básica em saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) anunciou a criação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), ao qual o PACS foi incorporado. A categoria profissional do ACS foi instituída em 2002 por meio da Lei Nº 10.507 do Ministério da Saúde, no Art.1º caracteriza este profissional “pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas” (BRASIL, 2002).

Os ACS, são considerados os elos de comunicação entre a unidade e a população do seu território de abrangência. Possuem uma situação singular na equipe, uma vez que devem residir na sua área de atuação, o que faz com que eles vivam o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros membros da equipe. Por essa aproximação da comunidade na qual desenvolvem suas atividades os ACS, se não possuem uma formação adequada e um preparo específico para enfrentar, no seu cotidiano, os problemas que podem surgir nas relações que se estabelecem, tornam-se mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas de estresse do que os outros membros da equipe (CAMELLO; ANGERAMI, 2004).

Estudos têm demonstrado que o ACS tem sido cada vez mais acometido por problemas de ordem ocupacional que interferem diretamente na sua qualidade de vida, como a ansiedade, a depressão, o estresse, dentre outros (MARTINES *et al.*, 2007; NASCIMENTO *et al.*, 2008 *apud* MASCARENHAS *et al.*, 2013).

A situação não é diferente na área de abrangência da Unidade de Saúde da Rasa, onde trabalho. Uma das 12 equipes que atua com a Estratégia de Saúde da Família no município de Ponte Nova, e onde há grande prevalência de transtorno depressivo entre esses profissionais.

No município, não existe estudo identificando a prevalência do problema, porém o que se pode perceber, é que este fato não é específico desta unidade, mas

de modo geral, este transtorno está muito presente nessa população específica, composta por 92 ACS, gerando frequentemente problemas na qualidade do serviço destes profissionais e em suas relações interpessoais, afetando, por fim, a qualidade do serviço prestado à população.

Segundo Simões (2009), as unidades básicas de saúde devem procurar minimizar essas situações estressantes por meio da identificação das mesmas melhorando o ambiente de trabalho, escutando e envolvendo o trabalhador nas decisões, implantando programas de bem-estar, estimulando a prática de atividade física, reconhecer recompensar e elogiar o trabalho bem desenvolvido e reduzindo os conflitos entre os trabalhadores.

Vê-se então a importância de intervir sobre esses trabalhadores criando um espaço para o cuidado e suporte, onde ações para melhoria do processo de trabalho e para a qualidade de vida dos mesmos possam acontecer.

Contextualizando, Ponte Nova é um município localizado na Zona da Mata mineira, a 180 Km de Belo Horizonte, e possui 57.390 habitantes. Integra a bacia do rio Doce, sendo banhado por um de seus principais formadores, o rio Piranga. Como polo regional na área da saúde, participa do Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISAMAPI, que engloba 23 municípios, contribuindo com o atendimento mais especializado.

A comunidade de Rasa compreende 2.530 pessoas distribuídas, em grande parte, às margens do rio Piranga. Situa-se pouco afastada da região central e apresenta as típicas características de bairros periféricos da cidade: grande desigualdade social, analfabetismo, desemprego. Cerca de 360 pessoas vivem na zona rural, onde essas características são ainda mais evidentes.

O PSF Rasa, responsável pela cobertura de toda a população do bairro e de pequena parte do bairro vizinho (Triângulo Novo), localiza-se, no momento, neste último, em um imóvel alugado e adaptado para seu funcionamento, enquanto aguarda a construção de um prédio próprio mais próximo da comunidade adscrita. A equipe é composta por nove profissionais, sendo 01 médico, 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem e 05 ACS.

2 JUSTIFICATIVA

A depressão é uma doença comum na sociedade moderna e frequentemente está associada à incapacitação e a alto custo social, econômico e individual, absenteísmo e queda da produtividade, alta rotatividade de profissionais, elevação da demanda de serviços de saúde, uso abusivo de tranquilizantes, álcool e outras drogas (SILVA e MENEZES, 2008).

Para os ACS, a essência da sua função está nas relações e nos vínculos estabelecidos tanto na comunidade quanto na equipe. Seu papel como mediador é unânime e reconhecido como elemento fundamental para que as propostas do PSF sejam concretizadas. Portanto, suas ações dependem da boa relação entre as pessoas, pois vivem e trabalham com gente. Quando isto ocorre de forma harmoniosa, gera-se um melhor rendimento profissional e um aumento na satisfação pessoal.

Na equipe de PSF da Rasa, em Ponte Nova - MG, quatro dos cinco agentes comunitários de saúde tem o diagnóstico e fazem uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. Um número que sem dúvidas chama a atenção e nos faz notar a importância do tema, a necessidade de se reconhecer o problema, de modo a garantir intervenção imediata e apoio àqueles que necessitam, minimizando os prejuízos pessoais e sociais relacionados à doença. A depressão tem gerado frequentemente problemas na qualidade do serviço destes profissionais e em suas relações interpessoais, afetando por fim a qualidade do serviço prestado à população.

Este trabalho se justifica pois chama a atenção, discute e propõe um plano de ação para a abordagem precoce da depressão e seus espectros de manifestação nessa população específica do município, além de uma abordagem adequada sobre aqueles acometidos pelos sintomas depressivos, visando garantir uma melhor qualidade de vida e qualidade no trabalho realizado por estes dentro do contexto da Equipe de Saúde da Família.

3 OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção que contribua para a manutenção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais como a depressão nos agentes comunitários de saúde do município de Ponte Nova – MG.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Ação foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Inicialmente determinou-se os problemas através da Estimativa Rápida, utilizando principalmente da opinião dos ACS e de informantes-chave. Os problemas foram pontuados de acordo com sua relevância, impacto social, capacidade de intervenção da equipe, recursos financeiros, técnicos e funcionais. A partir daí chegou-se ao tema proposto sendo iniciadas então as demais fases do projeto: descrição e explicação do problema (obtendo suas causas e consequências), e por fim a seleção de “nós críticos”, ou seja, situações que quando atacadas possuem maior capacidade de determinar mudanças e transformações no problema abordado.

Para a realização deste trabalho também foi realizado uma revisão narrativa da literatura por meio de levantamento retrospectivo das pesquisas publicadas no período de 1996 a 2013 em artigos presentes nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados como descritores os termos: depressão, saúde mental, agentes de saúde e transtornos depressivos.

No primeiro momento realizou-se a seleção de materiais com títulos referentes ao tema. Depois de concluída a leitura dos mesmos, foi realizada a filtragem do material de acordo com a sua relevância para que pudesse atender os objetivos propostos. Depois de selecionado o material, estes passaram por processo de análise minuciosa, levando em conta as ideias dos autores e a relação com o propósito dos objetivos do projeto.

A partir desse referencial teórico, procedeu-se à sistematização das informações, permitindo, assim, a estruturação de um plano de ação para identificar e minimizar os fatores agressores à saúde mental do ACS, e abordar a depressão e seus espectros de apresentação nesses indivíduos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O trabalho é uma atividade humana realizada por homens e mulheres em diferentes situações e condições, na qual pode contribuir tanto para a constituição do bem-estar como da desestruturação psíquica. O trabalho, dependendo das condições, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto levar a distúrbios que se expressam coletivamente em termos psicossociais e/ou individuais, em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas (SELIGMANN-SILVA, 1994, *apud* THEISEN, 2004). Segundo Jacques (2000, p.46):

Reconhece-se, hoje, uma série de fatores associados ao trabalho como responsáveis por sofrimento e por alterações na saúde mental, desde fatores pontuais como a exposição a determinados agentes tóxicos até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho (como parcelamento de tarefas, o controle sobre o processo de trabalho, as políticas de gestão de pessoal, a estrutura hierárquica, os processos de comunicação, o ritmo e a jornada laboral). Embora o trabalho se constitua em um importante elemento de inserção social pelo seu valor econômico, cultural e simbólico, são necessários alguns requisitos no seu exercício para que possa proporcionar prazer, bem estar e saúde. Quando estes requisitos estão ausentes, as consequências transparecem no sofrimento e na doença, de natureza e gravidade diferenciadas.

A depressão é uma condição médica comum, em geral de evolução crônica e caracterizada por episódios recorrentes. Está frequentemente associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. É considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social (PELUSO; BLAY, 2008). A prevalência anual de depressão em geral varia entre 3% a 11%, sendo duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens (FLERK, 2001), e apresentando incidências maiores em grupos específicos.

Os profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, terapeutas, fisioterapeutas e outros profissionais desta área são exemplos disso. Essas profissões exigem longas e cansativas horas de trabalho e nos mais improváveis horários, cujas atividades desenvolvidas exigem com muita atenção e cuidado. Além do desgaste físico, esses profissionais estão constantemente colocados em situações extremamente emotivas, em que vidas de outras pessoas estão em suas mãos, literalmente. Todos os dias estão lado a lado com doenças, traumas e mortes, além de lidar com membros da família dos pacientes. Os profissionais de saúde são os mais acometidos por possuírem, em geral, uma compreensão mais humanística e

se defrontarem muitas vezes com um sistema de saúde desumanizado (SILVA; MENEZES, 2008). Este fato é corroborado por Mascarenhas; Prado e Fernandes (2013, p.1376) quando afirma que estudos têm demonstrado que o “ACS tem sido cada vez mais acometido por problemas de ordem ocupacional que interferem diretamente na sua qualidade de vida, como a ansiedade, a depressão, o estresse, dentre outros”.

Existe uma diferença no processo de trabalho do ACS dos demais trabalhadores da área da saúde, pois ele não é reconhecido com técnico por não ter uma formação acadêmica e “atua em várias situações ao mesmo tempo as quais envolvem questões sobre doença/saúde; educação/informação; prevenção/assistência; bem como, contato direto e constante com o usuário de seus serviços (população da comunidade)”. No processo de trabalho o ACS realiza visitas domiciliares, dá orientações sobre saúde, meio ambiente, saneamento básico até prestação de primeiros socorros nos casos de emergência. A jornada e condições de trabalho levam a um sofrimento mental por parte desses agentes ao se sentirem de certa forma responsáveis pelo estado de saúde de sua vizinhança (LIMA *et al.*, 2011, p.1085).

Hoje em número maior que 230.000 indivíduos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), para Lima *et al.* (2011, p.1085) “os agentes comunitários revelam que tratar de pessoas doentes é difícil, triste e doloroso, pelo fato de sentirem-se responsáveis pelos membros de sua comunidade”. Eles sentem-se frustrados quando percebem que seu trabalho não foi como gostariam que fosse. As fragilidades são frequentes ao enfrentarem determinadas situações que produzem baixa-estima, sofrimento mental e depressão (THEISEN, 2004 citado por MASCARENHAS; PRADO E FERNANDES, 2013, p.1376).

O trabalho desenvolvido pelo ACS muitas vezes é comprometido por inúmeros fatores:

[...]como aumento de tarefas e de responsabilidades; condições salariais inadequadas; resistência da população com relação às orientações, além da inexistência de limites entre o ambiente de trabalho, seu conteúdo e o local de moradia do agente, implicando assim, sobrecarga física e mental em função da “contaminação” da vida cotidiana pelo trabalho (THEISEN, 2004 citado por MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013, p.1376).

O mesmo autor continua abordando a situação de trabalho dos agentes comunitários de saúde.

A situação de trabalho das ACS favorece ao desenvolvimento de conflito psíquico e sentimentos como: ansiedade, medo, culpa, entre outros. Sintomas que atrapalham o desempenho profissional e contribuem para o surgimento de sofrimento mental e, conseqüentemente patologias decorrentes da situação laboral como a depressão e a Síndrome de Burnout. Esta característica de profissões de ajuda, que presta serviços humanos diretos e são de grande relevância para o usuário. Em síntese, a Síndrome de Burnout é um desgaste de energia, tanto física como mental, em que o ser humano pode tornar-se exausto, em função de um excessivo esforço que faz para responder às constantes solicitações de atenção e cuidado, afetando diretamente a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, o ambiente de trabalho e as relações interpessoais. (THEISEN, 2004, p. 134)

Camelo e Angerami (2004) afirmaram que os ACS e os enfermeiros encontram-se em permanente contato com situações de alto risco para desenvolverem estresse ocupacional, já que são, de forma geral, o primeiro contato entre a população e a unidade de saúde.

Como já relatado, vários são os fatores implícitos na origem e perpetuação do problema. Esses trabalhadores necessitam de habilidades e de um ambiente de trabalho favorável para atender a população. Entretanto, observa-se que, por vezes atuam em condições desfavoráveis para o bom desenvolvimento e desempenho de suas funções e, em ambientes de trabalho muitas vezes inadequados que podem favorecer o seu adoecimento (TRINDADE *et al.*, 2007).

Para Theisen (2004), baseado nos critérios do processo seletivo, não é exigido do ACS algum conhecimento técnico ou uma escolaridade maior, pois o programa visa um profissional com características similares da população atendida ou seja do seu meio, porém este processo de recrutamento, seleciona trabalhadores desprovido de condições técnicas em todos os sentidos. Através deste critério de seleção, pode-se notar que o conhecimento deficiente deste trabalhador está refletindo na sua saúde e influenciando no aumento do seu desgaste emocional, pois quando os sujeitos são expostos a situações que estão além de suas condições, ficam temerosos, angustiados, inseguros e com medo de não conseguirem dar conta do que lhes é atribuído.

Deste modo, a formação profissional destes ACS é outro aspecto que merece ser analisado, porque a falta de formação adequada ao tipo de atividade que exercem está levando estes trabalhadores ao esgotamento emocional e conseqüentemente ao adoecimento.

Todo esse contexto acarreta frequentemente uma grande sobrecarga e sofrimento para os trabalhadores da área da saúde, que, muitas vezes, se veem sem retaguarda. Uma das questões apresentadas constantemente no contato com as equipes de saúde é a necessidade de espaços de cuidado e suporte para os profissionais de saúde, já que estes se encontram sobrecarregados com os problemas cotidianos, com as dificuldades de retaguarda/articulação da rede e da estrutura em que atuam (KODA, 2012, p. 512)

Resende (2011), afirma que seria interessante criar programas institucionais específicos para os ACS, nos quais houvesse um espaço de reflexão e escuta sobre a definição clara de seu papel e de vínculos que precisam ou não ser estabelecidos, no intuito de se prevenir o adoecimento mental dos próprios agentes, melhorando seu bem-estar e qualidade de vida.

Sousa (2007) *apud* Resende, (2011, p.2121) afirma que “diante de situações de sofrimento humano de sua comunidade, o ACS tem pressa de resolver o problema porque teme também adoecer.”

Diante disto, urge colocar em pauta a formação do ACS e as implicações que esta questão tem na produção da doença/saúde destes trabalhadores, bem como na qualidade dos serviços prestados junto à população assistida (THEISEN, 2004).

Por fim cabe ressaltar o que é dito por Manette e Marziale (2004) que afirmam que as pesquisas mostram a necessidade de implantar programas de atenção à saúde dos trabalhadores da área da saúde que envolvam grupos de discussão, grupos de vivência, psicoterapia e administração participativa, visando minimizar os estressores do processo de trabalho. Como exemplo, pode ser visto o trabalho realizado por Koda (2012), em que foi proposto um grupo operativo entre os ACS, através de encontros periódicos, cujo objetivo era propiciar um espaço de reflexão para os mesmos, de modo a discutir o trabalho realizado por eles, suas dificuldades e potencialidades. Promoveu-se um espaço de interação, reflexão e elaboração de conteúdo intra e inter-subjetivos mobilizados pelo contato com as demandas do território e pelo contexto institucional. Essa demanda era observada tanto por parte dos ACS como também do restante da equipe. Ao final, observou-se que a construção desse espaço intermediário, possibilitou a elaboração e a superação do lugar de desamparo e de desqualificação em que estavam propiciando maior protagonismo ao desenvolvimento de suas ações. Esse trabalho resultou em

benefícios para a própria comunidade. Os ACS puderam sentir-se mais fortalecidos ao serem eles próprios acolhidos, cuidados e valorizados, e, puderam, também, refletir sobre o trabalho que desenvolvem, o que os levaria a potencializar a função de cuidado com o outro.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção segundo Campos; Faria; Santos (2010) e Cecílio (2003) é um instrumento para possibilitar o compartilhamento ou a negociação em relação aos objetivos a serem alcançados para sanar um problema vivenciado pela equipe de trabalho no atendimento da demanda. É composto por passos sequenciais e interativos respaldados no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa. É muito importante a equipe analisar a sua viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

Um problema é a insatisfação de uma pessoa ou grupo de pessoas frente componentes da realidade que ele quer e pode modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para planejar uma ação direcionada é necessário identificar os problemas como o ponto inicial.

Utilizando-se das ferramentas para a realização da análise situacional da área de abrangência do PSF Rasa, no município de Ponte Nova, e utilizando principalmente da opinião dos agentes comunitários de saúde, podem-se listar alguns principais problemas encontrados:

- Transtorno de humor acometendo os próprios agentes de saúde;
- Prevalência do tabagismo na população;
- Má adesão ao tratamento de doenças crônicas (HAS e DM);
- Uso de drogas ilícitas;
- Incidência de verminoses.

Os problemas foram avaliados segundo critérios: relevância (alta, média, baixa), urgência (classificada de 0 a 5), capacidade de enfrentamento (dentro, parcialmente dentro ou fora da capacidade de enfrentamento), e definido a ordem de prioridade para cada um dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1 – Priorização dos problemas enfrentados pela população adscrita no PSF Rasa, 2014.

PROBLEMAS	Relevância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
Transtorno de humor acometendo os agentes de saúde	Alta	5	Parcialmente dentro	1º
Prevalência do tabagismo na população	Média	4	Dentro	2º
Má adesão ao tratamento de doenças crônicas (HAS e DM)	Alta	4	Dentro	3º
Uso de drogas ilícitas	Alta	4	Parcialmente dentro	4º
Alta incidência de verminoses	Média	3	Dentro	5º

A escolha do transtorno do humor (depressão) acometendo os próprios agentes de saúde, como problema prioritário, se deve pela alta prevalência da depressão na equipe em que me encontro. Dos cinco agentes comunitários de saúde da equipe do PSF da Rasa, quatro são portadores de sintomas depressivos, têm o diagnóstico e fazem uso de pelo menos um medicamento antidepressivo. O que se pode perceber é que este fato não é específico desta unidade, mas de modo geral há uma grande prevalência desse transtorno nessa população específica, composta por 92 ACS, no município.

A abordagem e resolução deste problema no município é fundamental, pois a depressão é uma importante causa de queda da qualidade de vida, influência nas relações interpessoais (necessária neste tipo de trabalho), e causa queda da produtividade de seu trabalho, além de ser uma grande causa de absenteísmo.

A depressão é considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social (PELUSO & BLAY, 2008).

A identificação das causas do problema é fundamental porque, para enfrentá-lo, deve-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa destas, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre outras causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise, utilizamos o conceito de “nó crítico”. Este, uma causa do problema, que quando “atacado” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Como “nós críticos” do problema em questão podemos considerar, portanto, a desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde; o despreparo técnico, físico e cognitivo do agente de saúde, além da sobrecarga mental sofrida por estes. Pontos fundamentais para serem abordados no processo de resolução do problema.

Com base nisso, conhecendo o problema e os nós críticos envolvidos na geração desse problema, e passíveis de serem modificados, podemos pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento dos mesmos. Temos então, como é visto na tabela 2, as operações para atuar sobre cada um dos nós críticos.

Quadro 2 – Desenho das operações para os “nós” críticos do problema saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde, 2014.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos Necessários
Desorganização do processo de Trabalho	<p>Equipe nota 10</p> <p>Definir as funções específicas dos ACS dentro da equipe.</p> <p>-organizar o trabalho da equipe</p> <p>-discutir o processo de trabalho</p>	<p>-Funções definidas de cada profissional da equipe.</p> <p>-Processo de trabalho organizado</p>	<p>- Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento das funções exercidas</p> <p>- Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe.</p>	<p>Organizacional → organizar a equipe</p> <p>Cognitivo → informação sobre o tema</p>
Despreparo técnico, físico e cognitivo do ACS	<p>Agente nota 10</p> <p>Capacitar o ACS na realização de suas funções.</p>	ACS capacitados	<p>-ACS qualificados no exercício do seu trabalho.</p> <p>-ACS mais conscientes, confiantes, seguros e comprometidos no exercício de suas atividades.</p> <p>Cooperação de toda equipe.</p>	<p>Político → promover um processo de capacitação dos ACS do município com atualizações periódicas</p> <p>Financeiro → fornecer recursos para viabilizar a capacitação e atualizações periódicas</p> <p>Organizacional → organizar os encontros de capacitação e atualizações. Profissionais capacitados para preparo dos ACS.</p> <p>Cognitivo → conhecimento sobre o tema.</p>
Sobrecarga mental do ACS	<p>Bem-estar mental</p> <p>-Instruir sobre o tema e melhorar a qualidade da saúde mental desses profissionais através de grupos periódicos.</p> <p>-discutir os</p>	<p>Aumento da confiança dos ACS</p> <p>Fortalecimento do vínculo.</p> <p>Comunicação efetiva.</p>	<p>ACS com conhecimento sobre os principais aspectos da doença e com melhoria em sua própria saúde mental.</p> <p>Vínculos afetivos mais fortalecidos</p>	<p>Organizacional → organização dos encontros com profissionais da saúde mental.</p> <p>Financeiro → aquisição de recursos audiovisuais e profissionais da saúde mental para realizar os grupos periódicos.</p> <p>Cognitivo → informação sobre o tema.</p>

sentimentos do ACS
frente ao trabalho e
outros assuntos
afins.

Os recursos políticos e financeiros estão, na maioria das vezes vinculados ao poder público, ficando a cargo da equipe de PSF comunicar as deficiências e necessidades da equipe em relação ao problema e apresentar projetos que possibilitem a resolução dos mesmos. Por outro lado, os recursos cognitivos e organizacionais são de maior governabilidade da equipe, sendo o alvo principal de intervenção para a solução do problema.

No entanto, para a realização dos projetos é necessário definir os recursos críticos, aqueles considerados indispensáveis para execução dos mesmos. No quadro 3 estão resumidos os recursos críticos de cada operação.

Quadro 3 – Recursos Críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde, 2014.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Equipe nota 10	Organizacional → organizar a equipe dentro da própria equipe Cognitivo → informação sobre o tema
Agente nota 10	Político → promover um processo de capacitação dos ACS do município com atualizações periódicas Financeiro → fornecer recursos para viabilizar a capacitação e atualizações periódicas Organizacional → organizar os encontros de capacitação e atualizações. Profissionais capacitados para preparo dos ACS. Cognitivo → conhecimento sobre o tema
Bem-estar mental	Organizacional → organização dos encontros com profissionais da saúde mental. Financeiro → aquisição de recursos audiovisuais e profissionais da saúde mental para realizar os grupos periódicos. Cognitivo → informação sobre o tema. Político → Viabilizar os encontros também nas demais ESF do município, podendo até mesmo integrar os encontros

A análise da viabilidade consiste na identificação dos atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema (motivação favorável, indiferente ou contrária) e, então, definir ações estratégicas para viabilizar o plano, motivando o ator que controla os recursos críticos (Quadro 4).

Quadro 4 – Proposta de ações para a motivação dos atores, 2014.

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Equipe nota 10	Organizacional → organizar a equipe dentro da própria equipe	Enfermeira	Favorável	Não é necessária
	Cognitivo → informação sobre o tema	Enfermeira	Favorável	Não é necessária
Agente nota 10	Político → promover capacitação dos ACS do município com atualizações periódicas	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de capacitação e atualização periódica
	Financeiro → fornecer recursos para viabilizar a capacitação e atualizações periódicas	Secretaria de Saúde e Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto de capacitação e atualização periódica
	Organizacional → organizar os encontros de capacitação e atualizações.	Secretaria de Saúde e Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto de capacitação e atualização periódica
	Cognitivo → conhecimento sobre o tema. Profissionais capacitados para preparo dos ACS.	Secretaria de Saúde e Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto de capacitação e atualização periódica
Bem-estar mental	Organizacional → organização dos encontros com profissionais da saúde mental.	Equipe do PSF e Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto dos grupos operativos
	Financeiro → aquisição de recursos audiovisuais e profissionais da saúde	Secretaria de Saúde e Coordenador da	Favorável	Apresentar o projeto dos grupos operativos

mental para realizar os grupos periódicos.	Atenção Básica		
Cognitivo → informação sobre o tema.	Secretaria de Saúde e Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto dos grupos operativos
Político → Viabilizar os encontros também nas demais ESF do município, podendo até mesmo integrar os encontros.	Secretaria de Saúde e Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto dos grupos operativos

O plano operativo visa designar os responsáveis por cada operação e os prazos para a execução das operações (Quadro 5).

Quadro 5 – Plano Operativo, 2014

Operações	Resultado Esperado	Produto Esperado	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Equipe nota 10	-Funções definidas de cada profissional da equipe. -Processo de trabalho organizado	-Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento das funções exercidas -Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe.	Não é necessário	Coordenadora do PSF	01 mês para o processo de organização.
Agente nota 10	-ACS capacitados	-ACS qualificados no exercício do seu trabalho. -ACS mais conscientes, confiantes, seguros e comprometidos no exercício de suas atividades. Cooperação de toda equipe.	Apresentar o projeto de capacitação e atualização periódica	Agentes, enfermagem e médico	02 meses para apresentação do projeto e 03 meses para início
Bem-estar mental	-Aumento da confiança dos ACS fortalecimento do vínculo. -Comunicação efetiva.	-ACS com conhecimento sobre os principais aspectos da doença e com melhoria em sua própria saúde mental. -Vínculos afetivos mais fortalecidos	Apresentar o projeto dos grupos operativos	Agentes, enfermagem e médico	02 meses para apresentação do projeto e 03 meses para início

Para conhecer cada operação em si, vamos a cada uma delas. A “Equipe nota 10” visa atuar sobre o processo de trabalho da equipe. É fundamental definir e organizar as funções do ACS dentro do PSF, estabelecendo o que é ou não de sua competência. Isso visa melhorar a qualidade do seu serviço, evitando sobrecargas e desvios de funções, além de melhorar o relacionamento entre a equipe de saúde. Sua execução é relativamente simples. Comandado pelo coordenador da equipe e baseado nas diretrizes que estabelecem as funções de cada membro da unidade de saúde, deve-se realizar uma reunião para estabelecer as funções. Encontros posteriores, com frequência definida a critério da equipe, podem ser realizados para que avaliações sobre o adequado funcionamento do projeto, sejam feitas.

A operação “Agente nota 10” visa proporcionar conhecimentos ao ACS para o exercício de suas funções. Seria um programa de capacitação desses membros da equipe, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para que seja implementado em todas as unidades do município. Consiste em capacitação adequada dos novos ACS e encontros periódicos para “atualização” e trocas de experiências, orientados por profissionais capacitados (podendo incluir ACS com maior experiência, coordenadora da equipe, médico da equipe, entre outros), tendo como base o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde e o manual sobre o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde do Ministério da Saúde. As avaliações dos resultados serão feitas semestralmente.

Por fim, a operação “Bem estar mental”, talvez a mais representativa do projeto, porém não mais importante que as demais, o ACS com maior conhecimento sobre os principais aspectos da doença e com melhoria na sua própria saúde mental. Consiste em um espaço, liderado por um profissional da saúde mental, para que os agentes comunitários possam além de adquirir conhecimento sobre o tema, a fim de identificar os sintomas precocemente, possam discutir, expor seus anseios, inseguranças, problemas e medos. Os encontros periódicos, seriam realizados mensalmente, e a avaliação dos resultados semestralmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O agente comunitário de saúde é uma peça fundamental no funcionamento da Equipe de Saúde da Família, funciona como elo entre esta e a comunidade. Porém, quando acometido por moléstias físicas, mentais ou sociais, ou seja, perda da saúde, seu trabalho vê-se prejudicado e pouco produtivo. A depressão, assim como outros transtornos depressivos e ansiosos, é um importante problema que afeta a qualidade de trabalho e de vida desta população, com uma frequência um pouco maior, e identificar fatores que reduzam a prevalência destes transtornos e melhorem a qualidade de vida dos ACS é fundamental. Valorizar o seu trabalho, a sua colocação dentro da equipe, diminuir a sobrecarga de trabalho, qualificá-los adequadamente, são algumas, entre várias mudanças necessárias, assim como a implementação de grupos, espaços de cuidado e suporte para estes profissionais.

A criação de programas de qualidade de vida no trabalho deve ser pensada, como estratégia de prevenção do estresse ocupacional e redução dos danos relacionados, pois constitui um importante mecanismo de valorização profissional, resultando no aumento da eficácia e alcance dos objetivos do trabalho para a instituição, além de melhora da qualidade de vida.

Apesar das dificuldades necessárias de se enfrentar na implementação deste plano de intervenção, sua execução é factível, necessária e relevante, visto que é muito importante que a equipe seja capaz de compreender as vivências depressivas dos agentes comunitários de saúde, assistindo-os, apoiando-os e integrando-os cada vez mais na equipe, elevando sua autoestima e também trabalhar na prevenção de stress, angustia e depressão.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.** Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Brasília, Ano X, n. 21, Jan./Mar. 2009.
- CAMAROTTI, H; TEIXEIRA, H. A. Saúde mental e trabalho: estudo da Regional Norte de Saúde do DF. **Revista de Saúde do Distrito Federal.** v. 7, n. 1, p. 29-40. 1996.
- CAMELLO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.12, n.1, p.14-21, jan./fev. 2004.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2003.
- FLERK, M. P. A. *et al.* Diagnóstico e tratamento da depressão. **Projeto diretrizes.** 2001. Disponível em: <http://www.projetediretrizes.org.br/projeto_diretrizes/036.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2013.
- JACQUES, M. G. Psicologia e Trabalho. In: GUIMARÃES, L. B. M. (Org.) **Ergonomia e tópicos especiais: qualidade de vida no trabalho, empresa inteligente.** Porto Alegre: UFRGS, Escola de Engenharia, 2000.
- KODA, M. Y. *et al.* Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. **Psicologia: ciência e profissão.** v.32, n.2, p. 506-515. 2012.
- LIMA, J. M. *et al.* **Promovendo a saúde mental dos agentes comunitários de saúde – oficina de depressão x bem-estar: um relato de experiência.** 2011.

Disponível em: <<http://www2.uefs.br/semic/upload/2011/2011XV-039JAN636-220.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

MASCARENHAS, C. H. M; PRADO, F. O; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.18, n.5, p. 1375-1386. 2013.

MANETTI, M.L; MARZIALE. M.H.P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estud. psicol. (Natal)**. vol.12 no.1 Natal Jan./Apr. 2007

PELUSO, E. T. P; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n.1, fev. 2008.

RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011, v.16, n.4, p. 2115-2122.

SILVA, A. T. C; MENEZES P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de saúde pública**. v. 42, n. 5, p. 921-9. 2008.

SILVA, G. G. J. et al. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2009, v.34, n.119, p. 79-87.

SIMÕES, A. R. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista de Saúde Pública**. Florianópolis. v.2, n.1, jan./jul. 2009.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS):** condições de Trabalho e sofrimento psíquico. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.

TRINDADE, L. L. *et al.* Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 28, n. 4, p. 473-9. dez. 2007.