MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Paula Brito Rodrigues

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

TERESINA
2019

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Paula Brito Rodrigues

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

TERESINA
2019

Ana Paula Brito Rodrigues

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Orientadora: Profa. Dra. Jaqueline Carvalho Silva e Sales.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde

TERESINA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

R696s Rodrigues, Ana Paula Brito.
Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de agentes comunitários de saúde / Ana Paula Brito Rodrigues. – 2019.
91 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.
“ Orientadora: Profa. Dra. Jaqueline Carvalho Silva e Sales”.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Pesquisa Qualitativa. 4. Sintomas Depressivos. I. Título.

CDD 614

Ana Paula Brito Rodrigues

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

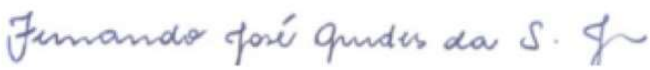
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí.

Banca Examinadora:

Presidente/Orientador: Profa. Dra. Jaqueline Carvalho Silva e Sales
Instituição: Universidade Federal do Piauí



Professor 1: Profa. Dra. Angélica Martins de Souza Gonçalves
Instituição: Universidade Federal de São Carlos



Professora 2: Prof. Dr. Fernando Guedes José Guedes da Silva Júnior
Instituição: Universidade Federal do Piauí

Suplente: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Instituição: Universidade Federal do Piauí

Aprovado em: 30 de setembro de 2019
TERESINA

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ouvir, abençoar e dar forças.

À profa. Dra. Jaqueline Carvalho Silva e Sales, minha orientadora, por transmitir conhecimentos, explanações, mostrar-se disponível e por toda a compreensão e apoio nas dificuldades. Finalizo essa pesquisa com satisfação e creio que não poderia ter orientadora melhor.

À profa. Dra. Claudete Ferreira de Sousa Monteiro e à profa. Dra. Marcoeli Silva de Moura, por coordenarem o Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí, com dedicação e empenho.

Ao prof. Dr. Fabio Solon Tajra, ao prof. Dr. Ângelo Brito Rodrigues, ao prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Junior, como também outros professores supracitados e participantes do GEISA, pelas discussões no grupo de estudo de pesquisa qualitativa.

À Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, pelas sugestões no projeto deste estudo.

À amiga mestranda Kelly de Holanda e Silva, e às novas companheiras de profissão Jordana Fonseca Reis e Camila de Oliveira Castelo Branco, por participarem da equipe de pesquisa e desempenharem dedicação ao processo de produção de dados.

Aos amigos de trabalho Agentes Comunitários de Saúde da UBS Vale do Gavião, pela disponibilidade em participarem do estudo.

À Fundação Municipal de Saúde, pela minha liberação do trabalho para capacitação, como também a liberação dos Agentes Comunitários de Saúde, para participarem da pesquisa e disponibilizarem local para desenvolver as reuniões.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí, por compartilharem as apreensões e superação das objeções, em especial a Carla Nayara e Manoella Bastos**,** acessíveis para partilhar as inquietudes e oferecer suporte.

À Dra. Erida Kaysa Cunha de Oliveira e Dra. Joice Silva dos Santos, pelos cuidados à minha saúde mental, fundamentais para desenvolver minhas atividades acadêmicas durante esse processo.

Aos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde Vale do Gavião, em especial à equipe 277, pela compreensão dos momentos de ausência.

Aos meus amados pais, Fátima e José Carlos, meu irmão, Carlos Emídio, minha prima, Maria Carla, pelo carinho e acolhimento nos momentos de fragilidade, os valores ensinados e incentivos, e oportunidades de estudo.

Aos amigos Nathália Ohanna, Renata Santos, Daniel Galeno, Islanne Leal, Lenyse Alelaf, por estarem presentes em muitos momentos especiais da minha vida, estendendo apoio, incentivo e compartilhando alegrias.

Ao Marcus Gambogi, pela presença ao meu lado em muitos momentos desse processo.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para a evolução desse estudo, meu genuíno: Muito Obrigada!

Pensando a Saúde Mental

Eu venho te falar
De um assunto bem legal
É muito interessante Saúde Mental

Hoje eu não tô bem
Tô meio “bagunçado”
Não me julgue, por favor,
Senta aqui do meu lado.

Dizem, é loucura!
Sem o problema conhecer
Talvez isso é só estresse
Procure entender

Não preciso de remédio
Eu só quero conversar
Não estou doente!
Você pode me escutar?
Minha vida não é fácil
Sua vida também não
Sempre existem aqueles dias
Que bate aquela aflição

Eu não estou louco!
Não quero ser internado!
Me dê carinho e atenção
Que o meu caso tá curado

Obrigado por me ouvir
Minha dor já passou
Aquilo não era doença
Mas você me curou

Leandrino dos Santos

RESUMO

Os sinais e sintomas depressivos têm impacto sobre o humor ou sentimentos das pessoas afetadas. São descritos como sentimento de tristeza e de culpa, perda de interesse ou prazer, baixa autoestima, alterações no sono e na alimentação, dificuldade de concentração e sensação de cansaço. Os Agentes Comunitários de Saúde, por meio das visitas domiciliares, desenvolvem o trabalho de acompanhar todos os indivíduos e famílias de sua responsabilidade territorial, estabelecem vínculos, acolhem e dialogam, o que torna possível o conhecimento da realidade na qual estas pessoas estão inseridas, o que tem possibilitado a identificação precoce de diversos problemas. Objetiva-se nesse estudo analisar o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou o método da pesquisa-ação, na qual seguiu três fases: exploratória, desenvolvimento e conclusão. Foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Teresina, Piauí, Brasil. Participaram do estudo quinze agentes comunitários de saúde, da referida unidade. Para a produção de dados, foram realizados seminários temáticos pautadas no Método Criativo Sensível, que consiste em dinâmicas de criatividade e sensibilidade, as falas foram gravadas e as produções artísticas fotografadas. Ao final de cada seminário temático houve uma devolutiva de saberes formais aos participantes, através do desenvolvimento de atividades educativas. Após transcrição dos dados foi realizado o mapeamento e agrupamento destes, e em seguida a análise, interpretação, argumentação e discussão dos dados em categorias temáticas. A pesquisa-ação se finalizou com divulgação interna e externa dos resultados. Evidenciou que o agente comunitário de saúde identifica os sinais e sintomas depressivos pelas características expressadas, principalmente isolamento, perda de interesse por atividades antes realizadas com prazer, tristeza, choro e solidão. Os limites apontados por estes profissionais foram: o acesso aos usuários; o estigma e preconceito com a depressão e sua sintomatologia; além da deficiência no conhecimento sobre essa problemática. Quanto as possibilidades expressadas o estudo apontou o acesso à informação sobre a temática pela mídia; o diálogo/conversa estabelecido por meio do contato entre usuário e profissional; e o acesso a rede de apoio, seja por meio da família ou pelos colegas profissionais. Após aplicação da pesquisa-ação observou-se sensibilidade quanto a temática, em

especial, na identificação de usuários com sinais e sintomas depressivos. Acredita-se que essa sensibilidade esteja relacionada a ação inserida no processo de investigação do estudo, que concerniu em miniexposições sobre a temática ao fim de cada seminário. Assim, torna-se relevante que os gestores ofertem oportunidades de ações de educação permanente a essa categoria profissional, visto suas potencialidades e a fragilidade na formação e durante o exercício profissional.

Descritores: Sintomas Depressivos. Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The signals and depressive symptoms have impact on the humor or people's affected feeling. They are described how sadness feeling and of blame, interest or pleasure loss, low self-esteem, alterations in the sleep and in the alimentation, weariness concentration and sensation difficulty. The Health Community Agents of, by means of the home visits, develop the work of accompanying all the individuals and families of their territorial responsibility, they establish links, welcome and they talk, what turns possible the reality knowledge in which these people are inserted, what has been enabling the precocious identification of several problems. Objectives itself in this study analyze knowledge of Health Community Agents on people's identification with signals and depressive symptoms. It's about a qualitative research, that used the research-action method, in which followed three phases: Exploratory, development and conclusion. It was developed in a Basic Unit of Health, in Teresina's Municipal district, Piauí, Brazil. They took part in the study fifteen Health Community agents, of the referred unit. For the data production, they were done ruled thematic seminaries in the Sensitive Creative Method, that consists in creativity and sensibility dynamics, the speeches were recorded and the photographed artistic productions. At the end of each thematic seminar there was a return of formal knowledges to the participants, through the development of educational activities. After data transcription was accomplished the plotting and grouping of these, and soon after the analysis, interpretation, data argumentation and discussion in thematic categories. The research-action concluded with internal and external divulging of the results. It evidenced that the Health Community Agent identifies the signals and depressive symptoms by the expressed characteristics, mostly isolation, interest loss for activities before accomplished with pleasure, sadness, cry and loneliness. The limits pointed by these professionals were: The access to the users; The stigma and prejudice with the depression and its semeiotics; Besides the deficiency in the knowledge about this problematic. Regarding to the expressed possibilities the study pointed the access to the information about the thematic by the media; Dialogue/conversation established by means of the contact between user and professional; And the access the support chain, by means of the family or by the professional colleagues. After research-action application observed itself sensibility regarding thematic, especially, in the users' identification with signals

and depressive symptoms. It believes itself that this sensibility is related to action inserted in the study investigation process, that concerned in mini-expositions about the thematic at the end of each seminar. This way, it turns itself important that the managers offer actions opportunities of permanent education to this professional, observing their category potentialities and the fragility in the formation and during the professional exercise.

Descriptors: Depressive Symptoms. Community Health Workers. Family Health Strategy. Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1	Cartaz Utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade – Seminário I: Sinais e sintomas depressivos em usuários da ESF	**29**
Fig. 2	Cartaz Utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade – Seminário II: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades	**30**
Fig. 3	Cartaz Utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade – Seminário II: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades	**30**
Fig. 4	Produção Artística da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade	**31**
Fig. 5	Produção Artística da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade	**31**
Fig. 6	Produção Artística da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade	**31**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais V
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MCS	Método Criativo Sensível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão de Mestrado
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TM	Transtornos Mentais
UBS	Unidade Básica de saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 13
1.1 Situação – problema..... 13
1.2 Objeto do Estudo..... 16
1.3Questão norteadora..... 17
1.4 Objetivos do estudo..... 17
1.4.1 Geral..... 17
1.4.2 Específicos..... 17
1.4 Justificativa e Relevância do estudo..... 17

2 REFERENCIAL TEMÁTICO..... 19
2.1 Depressão: conceito, sinais e sintomas..... 19
2.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS) e seu trabalho com indivíduos com sintomatologia depressiva..... 22

3 MATERIAIS E MÉTODOS..... 25
3.1 Tipo de pesquisa..... 25
3.2 Local do estudo..... 25
3.3 Participantes do estudo..... 26
3.4 Produção dos dados..... 26
3.4.1 Fase introdutória ou de negociação..... 27
3.4.2 Desenvolvimento..... 28
3.4.3 Mapeamento e categorização dos dados..... 32
3.4.4 Análise e discussão dos dados..... 32
3.4.5 Conclusão..... 32
3.5 Riscos e benefícios..... 33
3.7 Questões éticas e legais..... 34

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 35
4.1 Sinais e sintomas depressivos por Agentes Comunitários de Saúde..... 35
4.2 Limites dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos..... 40
4.3 Possibilidades dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos..... 46

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 52

REFERÊNCIAS
APÊNDICES
ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

1.1 Situação – problema

Os transtornos mentais (TM) vêm ganhando destaque entre as diferentes enfermidades, sendo responsáveis por grande parte do sofrimento individual e familiar. Estes geram alto custo social e econômico, atingem pessoas de todas as idades, causam incapacitações graves e, muitas vezes definitivas, que elevam a demanda nos serviços de saúde (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Entretanto, as discussões acerca dessa problemática foram subestimadas, principalmente, porque a forma de avaliar seu impacto na saúde restringia-se apenas aos índices de mortalidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 15% da população apresentará algum TM no curso da vida, principalmente nos países em desenvolvimento, sendo os mais comuns a depressão e os transtornos de ansiedade (WHO, 2017). Estes podem responder por mais mortes precoces, elevação da taxa de suicídio e incapacidades para o trabalho, do que as doenças infectocontagiosas e má nutrição (FERREIRA; CARVALHO, 2017).

Estudos realizados sobre prevalência e incidência de depressão evidenciam que esta doença se encontra presente em todo o mundo e acomete, anualmente, mais de 300 milhões de pessoas. Estima-se que, em 2030, será a principal enfermidade que levará à incapacitação do indivíduo no mundo, configurando-se como relevante problema de saúde pública a ser investigado para possibilitar diagnóstico e tratamento precoces (ALONSO, 2012; FERRARI *et al.*, 2013; WHO, 2018).

No Brasil, chama à atenção a porcentagem de pessoas acometidas por essa doença. Estudo desenvolvido por Fujii *et al.* (2012) apontou prevalência de sintomas depressivos em 16,1% da população brasileira, dos quais 59,3% foram classificadas em Transtorno Depressivo Maior (TDM). Embora com valores menores, no Piauí, essa problemática foi identificada em 4,6% da população com mais de 18 anos (IBGE, 2013).

A depressão é considerada um grave problema de saúde, reflete de forma significativa na vida dos indivíduos, pode causar interferências no trabalho, na escola e na família, além de estar associada à diminuição na qualidade de vida. Ressalta-se

que, nos casos mais graves, esta doença pode levar ao suicídio, sendo este a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (LACRUZ *et al.,* 2016*;* WHO, 2018; ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Os sinais e sintomas depressivos têm impacto sobre o humor ou sentimentos das pessoas afetadas. São descritos, na literatura consultada, como sentimento de tristeza e de culpa, perda de interesse ou prazer, baixa autoestima, alterações no sono e na alimentação, dificuldade de concentração e sensação de cansaço (WHO, 2017).

Observa-se que os indivíduos diagnosticados com as manifestações acima descritas relatam significativo prejuízo no trabalho, pior estado de saúde mental e física, bem como maior utilização de recursos de cuidados em saúde, como ida a serviços de urgência, consultas a profissionais de saúde e hospitalização (FUJII *et al.*, 2012).

Por muitos anos, as pessoas que apresentavam sinais e sintomas depressivos estiveram à margem do cuidado a saúde, sofreram estigmas e desvalorização do seu acompanhamento (FERREIRA; CARVALHO, 2017).

Com a Reforma Psiquiátrica, houve uma mudança de conduta nos tratamentos adotados para os agravos e sofrimentos que afetam a saúde mental dos indivíduos. Passou-se a valorizar intervenções assistenciais de caráter territorial, comunitário e pautado na promoção do bem-estar biológico, psicológico e social, que possibilita um cuidado em saúde mental alicerçado na superação do cenário histórico de desassistência e maus-tratos e que potencialize a construção de novos espaços de produção de saberes, intervenções sociais, políticas e jurídicas (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como parte de uma rede de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo organizativo e porta de entrada para o SUS. É por meio da ESF que o cuidado de indivíduos com sinais e sintomas depressivos precisa encontrar acolhida, incorporação e estruturação de espaços adequados (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Torna-se imprescindível a implantação e implementação de ações integrais e multiprofissionais no âmbito da saúde mental na ESF.

A Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, que posteriormente deu-se origem ao SUS e ESF, têm princípios convergentes, dentre eles, romper com o modelo assistencial centrado no hospital, promover um espaço de confiança e acolhida aos

indivíduos com sinais e sintomas depressivos, contribuindo para a reinserção da pessoa na família e na comunidade (LUCCHESE *et al*., 2009).

A OMS afirma que a identificação de indivíduos com TM pelos profissionais que compõem as equipes da ESF, é de baixa a moderada, estando frequentemente relacionado a falhas na detecção destes (WHO; WONCA, 2008). Diante de tal realidade, torna-se imperativo que a temática seja discutida pelos profissionais da ESF, pois são eles que representam a primeira oportunidade na percepção de sinais e sintomas depressivos manifestados pelas pessoas que assistem.

Na ESF, o trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional que busca o estabelecimento de vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população do território de atuação. É composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que possibilita um cuidado integral em saúde mental (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Na composição da equipe multiprofissional encontram-se os ACS. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a melhoria na qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, deve estar em alerta e assumir uma postura vigilante ao que acontece em seu território de atuação (BRASIL, 2009).

O ACS por, teoricamente, residir na área de cobertura da unidade, encontra-se mais próximo dos problemas que afetam o cotidiano dos indivíduos, família e comunidade. Portanto, deve estar capacitado para identificar uma situação-problema, além dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem no processo saúde-doença e, ao identificá-los, deve tomar a iniciativa do encaminhamento à Unidade Básica de saúde (UBS) (SILVA JUNIOR *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Sem dúvida, a importância de incluir-se no processo de capacitação do ACS, a identificação de sinais e sintomas depressivos, torná-lo-á apto a perceber formas incipientes da manifestação destes, em razão da mudança comportamental das pessoas acompanhadas em seu território de atuação, uma vez que com elas convive e as assiste.

Durante as visitas domiciliares (VD), os ACS desenvolvem o trabalho de acompanhar todos os indivíduos e famílias de sua responsabilidade territorial, estabelecem vínculos, acolhem e dialogam, o que torna possível o conhecimento da realidade na qual estas pessoas estão inseridas, cria-se possibilidades de

identificação precoce de diversos problemas, inclusive as mudanças de comportamento (HARADA; SOARES, 2010; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2017, estabelece novas atribuições ao ACS, dentre elas, aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, realização de curativo, orientação e apoio para administração de medicação, além de reafirmar atribuições de rotina, já consolidadas na prática laboral do ACS. Estas novas atividades poderão ser realizadas pelo ACS, desde que, treinados previamente e supervisionados por profissionais de saúde de nível superior e, quando identificada uma situação-problema, o indivíduo e/ou a família deverá ser encaminhado para a UBS de referência (BRASIL, 2017).

Para dar cumprimento às suas funções, faz-se necessário que o ACS tenha preparo adequado para abordar e atender essa demanda. Isso pode ser possível por meio de educação continuada, construção e troca de saberes, que o torne, também, capaz de identificar, precocemente, as pessoas com sinais e sintomas depressivos (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

É importante que essa temática seja abordada de uma forma que traga benefícios à construção de saberes do ACS, o que pode ser alcançado a partir do desenvolvimento da pesquisa-ação, já que as percepções da categoria ainda estão pautadas no conhecimento popular, cheios de estigmas e o conceito amplo de saúde mental pouco compreendido e aplicado nas práticas cotidianas desses profissionais (HARADA; SOARES, 2010; CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Desta forma, a análise do conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos possibilita a detecção de eventuais dificuldades encontradas e a oportunidade de melhor capacitá-lo por meio de ações planejadas.

Trabalhar os sinais e sintomas depressivos com a participação do ACS constitui-se forma de fortalecer as políticas públicas de saúde mental, minimizar os estigmas, riscos e consequências a eles associados, contribuindo para a elevação do nível de assistência prestada e a qualidade de vida da população assistida.

1.2 Objeto do Estudo

Conhecimento de ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

1.3 Questão norteadora

Qual o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos?

1.4 Objetivos do estudo

1.4.1 Geral

Avaliar o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

1.4.2 Específicos

Descrever o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

Reconhecer os limites e possibilidades dos ACS na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

1.4 Justificativa e Relevância do estudo

A depressão é uma síndrome psiquiátrica que vem acometendo milhares de pessoas em todo o mundo, independente da faixa etária e com proporções maiores nos últimos anos. Nessa perspectiva, investigar o conhecimento dos ACS sobre a identificação, em seus territórios de atuação, de pessoas com sinais e sintomas depressivos, mostra-se importante, uma vez que esta doença é considerada o mal do século XXI e que tem levado a irreversíveis danos à qualidade de vida dos indivíduos acometidos e de seus familiares.

O interesse por essa temática surgiu no desempenho de atividades da pesquisadora como enfermeira da ESF e supervisora de ACS. Nesse cenário foi possível observar empiricamente o aumento no número de pessoas que procuram

espontaneamente a UBS com queixas de sintomas depressivos, como por exemplo: sentimento de tristeza, choro sem explicação aparente, falta de ânimo e de apetite, alteração no padrão de sono, além de anedonia.

Portanto, o tema proposto foi objeto de análise no âmbito da saúde pública e pode trazer contribuições efetivas para os profissionais que atuam na ESF, em destaque os ACS, na identificação precoce de pessoas com sinais e sintomas depressivos e, a partir disso, encaminhar esses indivíduos à UBS para diagnóstico, planejamento e implementação de ações no cuidado em saúde mental, com vistas à promoção da saúde e melhor qualidade de vida.

Acredita-se que os achados desta investigação podem ser aplicáveis na formação e qualificação dos ACS que atuam na ESF, bem como poderá servir de base para futuras pesquisas congêneres.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Depressão: conceito, sinais e sintomas

O crescimento populacional e, consequentemente, o envelhecimento, estão produzindo mudanças nos perfis de adoecimento, passando de doenças transmissíveis para não transmissíveis. Essa transição demográfica e epidemiológica tem contribuído para um aumento significativo de TM (WHITEFORD *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, a depressão encontra-se entre os TM mais prevalentes em todo o mundo, associada a grande fardo econômico e social (LIU *et al.*, 2018; MASANA *et al.*, 2018).

Na Europa, a depressão é um dos TM frequentes em todas as faixas etárias, mas particularmente em pessoas com 65 anos ou mais (MASANA *et al.*, 2018). No Canadá, estudos apontam que 11,9% da população teve episódio de depressão ao longo da vida, dos quais 4,7% foi no último ano (PATTEN *et al*., 2015).

No Brasil, estudo com 49.025 indivíduos com idade média de 37 anos, revelou que 9,7% apresentaram algum grau de depressão, dos quais 3,9% com depressão maior (BARROS *et al*., 2017).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), atualmente em vigor a CID-10, define os transtornos depressivos como um TM e comportamental, no qual o indivíduo é afetado por diminuição do humor, da energia e da atividade. Pode ser classificado por transtorno depressivo leve, moderado ou grave. Leve, quando há dois ou três sinais ou sintomas depressivos, sem comprometimento das atividades; Moderado, quando há quatro ou mais sinais e sintomas depressivos e dificuldade em continuar com as atividades; e Grave, quando há um episódio de depressão em que vários dos sinais e sintomas são presentes, angustiantes, perda de autoestima, ideias de inutilidade, ou culpa, presença de pensamentos e comportamentos suicidas, e sintomas somáticos, com ou sem sintomas psicóticos (WHO, 1993).

Já para o Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais V (DSM-V, 2014), nos transtornos depressivos o indivíduo é acometido pela presença de humor triste, vazio e irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento do indivíduo. Pode ser classificado em transtorno disruptivo da desregulação do humor, TDM, transtorno depressivo persistente

(distimia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Sendo diferenciados pela duração dos sintomas, momento ou etiologia presumida.

A depressão é caracterizada por sinais e sintomas tais como: humor deprimido, acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso sem estar fazendo dieta, insônia ou hipersonia frequente, agitação ou retardo psicomotor frequente, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada frequente, capacidade de concentração diminuída frequente, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio (DSM-V, 2014).

A CID-10 caracteriza a depressão por sinais e sintomas como: diminuição do humor, redução das atividades, capacidade de diversão e concentração reduzida, cansaço, alteração de sono, redução de autoestima e autoconfiança, ideia de culpa e inutilidade, sintomas somáticos, perda de interesse e sentimentos agradáveis, retardo psicomotor, agitação, perda de apetite, perda de peso e libido (WHO, 1993).

Observa-se que a caracterização da depressão, pelas duas referências para diagnósticos de TM, DSM-V e CID, descrevem os sinais e sintomas depressivos de forma semelhante, porém os diferenciam na valorização de pontos que envolvem pensamentos suicidas, e na outra, valorização da sintomatologia somática, respectivamente.

A sintomatologia somática é relevante para o diagnóstico de depressão, pois pesquisa aponta sua associação com a doença (SHIDHAYEG *et al.*, 2013). Salienta-se a importância dos profissionais de saúde, em especial, os da atenção primária, no reconhecimento das apresentações clínicas dos problemas de saúde mental, pois muitos sintomas somáticos não explicados por patologias orgânicas relacionam-se com a ocorrência de depressão (ZIEBOLD *et al.,* 2018).

Assim, como também, é relevante valorizar os pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Pois, nos casos mais graves de depressão o indivíduo pode cometer o suicídio (WHO, 2018; LACRUZ *et al.,* 2016). Estudos revelam que a depressão tem influência no suicídio, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio ao ano, sendo a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018; WHO, 2018).

Por ser uma doença de natureza multifatorial, a depressão resulta de uma relação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais (WHO, 2018). Estudos apontam que, diversas características sociodemográficas, como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e renda têm sido associados à presença de sintomas depressivos (LIU *et al.*, 2018; CASELLI *et al.*, 2017; MOLINA *et al.*, 2012).

Fatores genéticos, como familiares de primeiro grau com depressão; temperamentais, a exemplo, da afetividade negativa; e ambientais, tais como experiências adversas na infância e eventos estressantes ao longo da vida; acrescidos de uso de substâncias e condições médicas crônicas e incapacitantes contribuem para o aparecimento da sintomatologia depressiva (DSM-V, 2014).

Estudos mostram que os sinais e sintomas depressivos são mais presentes em mulheres, sendo a prevalência duas vezes maior nelas do que nos homens. Tal achado encontra justificativa nas diferenças biológicas, psicológicas e sociais das mulheres (LIU *et al.*, 2018; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; MOLINA *et al.*, 2012).

Para Barros *et al.* (2017) existe relação entre comportamentos de saúde (tabagismo, inatividade física/sedentarismo e hábitos alimentares inadequados) e presença de sinais e sintomas depressivos. Estes autores acrescentam que o tabagismo se mostrou 52% mais elevado nos indivíduos com depressão menor, 65% mais elevado naqueles com depressão maior e 67% mais elevado no segmento com relato de humor depressivo, com duração superior a sete dias.

Em concordância, Schuch *et al.* (2017) e Vancampfort *et al.* (2017) relatam que indivíduos que apresentam sinais e sintomas depressivos tendem a gastar menos tempo em práticas regulares de atividade física.

Influenciando negativamente o sedentarismo, tem-se que o comportamento de assistir televisão em excesso também se configura como fator de risco para depressão. Estudo aponta que 5 horas de visualização de televisão, por dia, representa um potencial limiar para o risco de desenvolver tal doença (WERNECK *et al.*, 2018).

Sobre a associação de sinais e sintomas depressivos e alimentação, estudo evidencia que a maior adesão à dieta mediterrânea, considerada uma dieta saudável, e consumo de chá, está associado a níveis mais baixos de sinais e sintomas depressivos (MASANA *et al.*, 2018). Como também, os indicadores de alimentação

não saudável avaliados em outro estudo, foram mais prevalentes nos indivíduos com depressão (BARROS *et al.*, 2017).

O conhecimento dos fatores de risco que estão associados ao surgimento de depressão e, consequentemente, a identificação precoce de indivíduos com sintomatologia depressiva, configuram-se como pré-requisitos para elaboração de intervenções baseadas nas necessidades e individualidades destes, buscando oferecer-lhe assistência integral, uma vez que a depressão é tratável e seus sintomas podem ser minimizados por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado (SALES, 2016).

Ao que se refere aos tratamentos disponíveis para depressão, são descritos na literatura, o uso de drogas antidepressivas, além dos alternativos, como fitoterápicos, psicoterapia, atividades lúdicas e artísticas (FARIAS *et al*., 2016; THWALA, SHERWOOD, EDWARDS, 2018; DA SILVA; ROCHA, 2018).

A terapia alternativa não medicamentosa deve estar associada, para pacientes que apresentaram transtornos de depressão, para minimizar os efeitos dependentes das drogas psicotrópicas utilizadas para os tratamentos de TM, e também como método eficaz de tratamento, pois a psicoterapia, atividade física, terapias expressivas, dança, música, arte, ludoterapia podem atender de forma individualizada, e opção viável a gerenciar transtornos depressivos (FARIAS *et al*., 2016; THWALA, SHERWOOD, EDWARDS, 2018).

2.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS) e seu trabalho com indivíduos com sintomatologia depressiva

A PNAB define a APS como uma mescla de ações individuais, familiares e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por equipe multiprofissional destinada à população adscrita (BRASIL, 2017).

A ESF encontra-se como prioridade de consolidação e exequibilidade dessa política. Conta com a gestão e equipe multiprofissional para desenvolver as práticas de saúde através dos princípios e diretrizes dessa política, no qual, salienta-se o cuidado integral ao indivíduo, dentro do seu contexto familiar, coletivo e social (BRASIL, 2017).

Um dos elementos que possibilita esse cuidado integral é a equipe multiprofissional que a compõe, a qual está inserida o ACS. Profissional este, que possui um diferencial em relação aos outros, pois está inserido diretamente na comunidade, no mesmo contexto social, considerado participante e detentor das vivências de possibilidades e limitações da comunidade. Assim, esse profissional integrante da ESF torna-se essencial para assistência de saúde oferecida à comunidade, pois é elo da população adscrita com a equipe da ESF (SILVA JUNIOR *et al*., 2016).

Seu principal instrumento de trabalho é a VD. Por meio dela, é oportunizado o primeiro contato deste profissional com os indivíduos e as famílias da área adscrita. Durante as VD podem ser desenvolvidas atividades de prevenção, promoção à saúde e identificação da necessidade de encaminhamento à UBS, como por exemplo, de indivíduos com algum sofrimento mental, com sinais e sintomas depressivos, dentre outros (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). Destaca-se que a conversa e a escuta são ferramentas de trabalho que apresentam efeitos positivos na assistência (SANTOS; NUNES, 2014).

Durante as VD, para desenvolver as atividades de competência, faz-se necessário qualificação dos ACS, pois estes profissionais têm influência na adesão e no esclarecimento da população acerca de determinados assuntos, sendo assim, sua formação e conhecimento exerce influência direta na qualidade da assistência oferecida (GUERRA; MELO JÚNIOR; FROTA, 2018).

Dentro dessas concepções a portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015, dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde, que visa habilitar este profissional para o exercício de suas atividades laborais, o que deve estar em conformidade com as diretrizes, políticas e programas do SUS (BRASIL, 2015).

Mas, frequentemente, nota-se a carência de formações, capacitações, treinamento ou preparação para a atuação do ACS com relação ao sofrimento mental, bem como na identificação de sinais e sintomas depressivos, uma vez que os conhecimentos destes estão relacionados ao imaginário popular e suas experiências laborais, pouco vinculados aos conhecimentos formais (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015). Salienta-se que é no contato com a comunidade que se estrutura o conjunto de saberes mais significativos do ACS (ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018).

Outros estudos também corroboram que os conhecimentos do ACS são baseados no conhecimento informal, nas experiências de vida e atividade laboral, carregadas por todas as convicções filosóficas (SANTOS; NUNES, 2014; SILVA JUNIOR *et al.,* 2016).

Visto que há carência de treinamentos ao ACS dentro da temática do TM, e consequentemente, da sintomatologia depressiva, pode-se justificar os achados do estudo de Waidman, Costa e Paiano (2012), que revela que o papel do ACS na assistência ao indivíduo com essa problemática ainda não está claro dentro da sua rotina de trabalho. Acrescenta-se outros fatores limitadores como, grande preocupação com outros grupos considerados de risco para o Ministério de Saúde (MS), desvalorização da saúde mental, alta demanda de serviço, os quais dispensam muito tempo no âmbito burocrático, com preenchimentos de documentos, além do desvio de função.

Estes fatores devem ser superados, visto que o sofrimento mental está presente na rotina de trabalho do ACS. Estudo aponta que, para o ACS, sinais e sintomas depressivos são sofrimentos mentais mais frequentes na rotina laboral do mesmo (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Destaca-se que o ACS conhece o contexto de vida da população adscrita e uma vez preparado, é capaz de identificar precocemente o sofrimento mental e a sintomatologia depressiva. Este profissional é capaz de oferecer uma atenção à saúde integral e mais próxima do modelo de atenção psicossocial, ou seja, baseada nas relações dos indivíduos e tudo que o permeia, seja do território ou mesmo familiar (SANTOS; NUNES, 2014).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Esse tipo de abordagem permite explorar as dimensões da singularidade do ser humano, suas crenças, percepções, opiniões, interpretações das experiências de vida, como sentem e vivem, não se limitando a dados quantitativos (MINAYO, 2017).

Ressalta-se que muitos são os caminhos que podem ser seguidos dentro da abordagem qualitativa. No presente estudo foi utilizada a estratégia metodológica da pesquisa-ação, que oferece subsídios para planejar e organizar a produção e análise dos dados (THIOLLENT, 2011).

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em UBS, localizada no bairro Vale do Gavião, no município de Teresina, Piauí, Brasil. Destaca-se que esta UBS é composta por duas equipes (nº 277 e 278) da ESF e tem no seu quadro de recursos humanos os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, auxiliares administrativos, serviços gerais e porteiros.

A escolha desta UBS se deu em função de ser o local de atuação profissional da aluna do mestrado profissional em Saúde da Família, como enfermeira da ESF. Torna-se relevante a realização de pesquisa dentro do contexto laboral por tratar-se de mestrado na modalidade profissional, além disso o método escolhido possibilita a sensibilização dos participantes a temática, produzindo assim, uma intervenção no campo laboral da aluna.

O local do estudo ainda possui estrutura física adequada, construída conforme recomendações do MS, que conta com uma sala específica para reuniões, com todas as condições necessárias para o desenvolvimento do método de coleta de dados. Assim, este local se mostrou propício ao desenvolvimento deste estudo por ser tranquilo, amplo, arejado, que permite desenvolver seminários e dinâmicas de maneira confortável, segura e esteve disponível para realização de reunião de negociação e seminários, por meio de agendamento prévio.

3.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo ACS, de ambos os sexos, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da referida UBS, efetivos da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina e com tempo mínimo de vínculo profissional de um ano. Trabalhou-se com quinze participantes.

Para Thiollent (2011) os participantes da pesquisa-ação devem compor uma "amostra intencional", um pequeno número de participantes que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que apresentam em relação ao assunto investigado, valorizando os critérios de representatividade qualitativa.

A fim de preservar o anonimato dos participantes envolvidos no estudo, foi utilizada no decorrer da discussão da pesquisa a letra "E" (E1, E2, E3 [...]), por ser a que inicia a palavra entrevistado.

3.4 Produção dos dados

A utilização de uma estratégia metodológica baseada no diálogo, participação e reflexão, a exemplo da pesquisa-ação, mostrou-se apropriada como caminho para analisar o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos. A pesquisa-ação nesta investigação foi entendida conforme é definida por Thiollent (2011, p. 20):

> A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Nesse sentido, essa estratégia metodológica configura-se como método de investigação complexo, abrangente, que possibilita a interação entre os saberes formal e informal, portanto de caráter coletivo, participativo e ativo na obtenção de informações e na tomada de decisões para transformação da realidade (MONTEIRO *et al*., 2010).

A pesquisa-ação, como o próprio nome denota, é uma pesquisa, mas que se propõe a realizar uma ação. Dessa forma, mostra-se importante como método de investigação a ser utilizado na área da Enfermagem, como também na Saúde Pública,

tendo em vista que essas duas áreas objetivam a promoção da saúde e melhorias na qualidade de vida da população e dos atores envolvidos no cuidar.

De acordo com Thiollent (2011), foram seguidas três fases para desenvolvimento da pesquisa-ação, quais sejam: exploratória, na qual foi realizado o levantamento da situação problema e a negociação com os participantes da pesquisa; de desenvolvimento, que se constituiu dos seminários; e, por fim, a de conclusão, na qual foi realizada a análise, argumentação, interpretação, além da divulgação interna e externa dos resultados.

No presente estudo as fases operacionais da pesquisa-ação foram estruturadas da seguinte forma: introdutória ou de negociação, de desenvolvimento (seminários I e II), de mapeamento e categorização dos dados, de análise e discussão dos dados e conclusão, descritas abaixo.

3.4.1 Fase introdutória ou de negociação

Esta fase é considerada como ponto de partida da investigação, momento em que o pesquisador tem o primeiro contato com os participantes, no qual foi apresentado e discutido os objetivos da pesquisa, além de planejado as estratégias para o desenvolvimento do estudo – cronograma com as datas, local e tempo de encontro das reuniões e dos seminários subsequentes (THIOLLENT, 2011).

A reunião de negociação aconteceu na sala de reunião da referida UBS, mediante agendamento prévio através de grupo de apliccativp *WhatsApp*, com duração de 1 hora, em horário de trabalho dos participantes, após reunião das equipes.

Durante a reunião de negociação, estiveram presentes 14 ACS que aceitaram o convite, posteriormente mais um ACS aceitou o convite, totalizando 15 ACS participantes do estudo. Nesse momento foi apresentado aos participantes a Equipe de Pesquisa, que segundo Thiollent (2011), consiste na participação de outras pessoas para auxiliar a pesquisadora no desenvolvimento da técnica de seminário. Esta equipe foi composta pela mestranda, responsável pela condução da reunião de negociação e seminários, a pesquisadora orientadora do estudo, responsável pela supervisão da reunião de negociação e seminários, duas graduandas de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), responsáveis pelos registros fotográficos das produções artísticas e pela gravação das falas dos participantes, e outra aluna do

Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPI, responsável pelo registro em ata das reuniões e os seminários.

Foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), o qual descreve a garantia da confidencialidade e privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações fora do proposto no presente estudo, conforme rege a Resolução nº466/12 (BRASIL, 2012). Ressalta-se que todas as atividades e depoimentos da reunião de negociação e dos seminários temáticos foram registrados em atas.

Ressalva-se que a equipe de pesquisa foi devidamente treinada sobre a aplicação da estratégica metodológica da pesquisa-ação.

3.4.2 Desenvolvimento

Após reunião de negociação com os participantes e equipe de pesquisa do estudo, foi dado início aos seminários conforme agendamento pactuado, com intervalo de quinze dias entre eles. Este se constitui na principal técnica de coleta de dados na estratégia da pesquisa-ação, que tem como função examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo da investigação. A partir das informações coletadas nos seminários foram produzidos dados para a investigação (THIOLLENT, 2011).

Para os seminários acontecerem de forma dinâmica e atrativa foram utilizadas técnicas pautadas no Método Criativo Sensível (MCS), que consiste em dinâmicas de criatividade e sensibilidade, como recorte e colagem, linha da vida, árvore do conhecimento, modelagem, entre outras. Para esta investigação, foram adotadas a dinâmica da *Brainstorming*, adaptada para forma escrita, e recorte e colagem, agregadas à utilização de uma ou mais questões disparadoras específicas para o desenvolvimento de cada seminário (SORATTO *et al.*, 2014; FERRAZ, L. *et al., 2017*).

Essas dinâmicas oportunizaram a produção de dados, com exercício de senso crítico e reflexivo dos participantes durante o processo de criação artística, e ainda, promoveu o interesse dos participantes na investigação e interação com a equipe de pesquisa (SANTOS; SOUZA, 2014).

O MCS favoreceu a participação do indivíduo na construção de conhecimento coletivo. Salienta-se que, na investigação qualitativa, o MCS mostra-se aplicável à busca de conhecimentos em trabalhos de campo que privilegiam as experiências de cuidado nas práticas de saúde (SORATTO *et al.*, 2014).

Nessa fase foram realizados dois seminários temáticos (ANEXO B), dos quais participaram os ACS e a equipe de pesquisa. Foram realizados na sala de reunião da referida UBS, por facilitar o acesso dos participantes, com duração de 1 hora e 30 minutos, e aconteceram em horário de trabalho, após reunião das equipes.Todos os seminários foram registrados em atas (APÊNDICE A, APÊNDICE B, APÊNDICE C), as falas foram gravadas em aplicativo Gravador para IOS - para posterior transcrição e análise, e, por fim, as produções artísticas foram fotografadas.

Seminário I

Tema: Sinais e sintomas depressivos em usuários da ESF

Ementa: A reflexão sobre sinais e sintomas depressivos é fator fundamental para identificação adequada de usuários com essa problemática e encaminhamento precoce para os profissionais médico e enfermeiro da ESF.

Objetivo: Estimular reflexão e discussão sobre o conhecimento dos participantes acerca da identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos no seu território de atuação.

Dinâmica – Brainstorming

Questão disparadora: Para você, quais são os sinais e sintomas depressivos?

Brainstorming: Nessa dinâmica a pesquisadora leu a questão disparadora/tema central e estabeleceu 2 minutos para que os participantes registrassem em folha colorida e pincel o máximo que pudessem escrever sobre o assunto. Após esse momento, cada participante apresentou individualmente sua folha, sendo que todas elas, ao final, formaram um álbum seriado (MILITÃO, 1999).

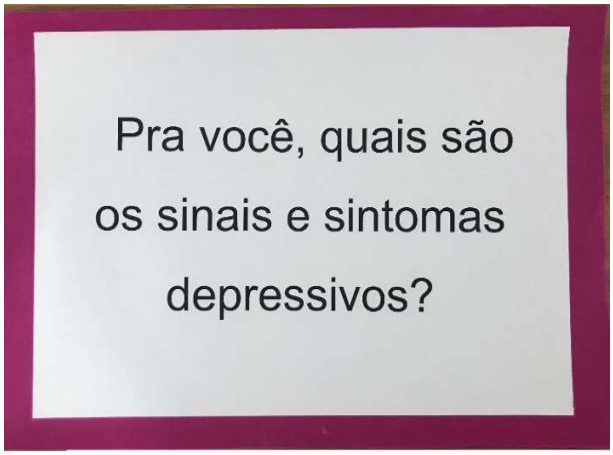


Figura 01. Cartaz utilizado nas Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade – Seminário I: Sinais e sintomas depressivos em usuários da ESF.

Seminário II

Tema: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades

Ementa: O segundo seminário temático enfocou os limites e as possibilidades dos ACS na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos, no exercício cotidiano de suas atividades laborais.

Objetivo: Identificar os limites e as possibilidades dos participantes na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos no exercício de suas atividades laborais.

Dinâmica – Recorte e colagem (Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade)

Questões disparadoras: Quais são os seus limites na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos? O que tem facilitado, no seu cotidiano de trabalho, a identificação de indivíduos com sinais e sintomas depressivos?

Foram disponibilizadas cartolinas, revistas, tesouras, colas e canetas hidrográficas para registro das respostas dos participantes. Foi determinado 30 minutos para criarem suas produções artísticas respondendo as questões disparadoras. Após esse momento, cada participante apresentou individualmente sua cartolina confeccionada (SORATTO *et al*., 2014).

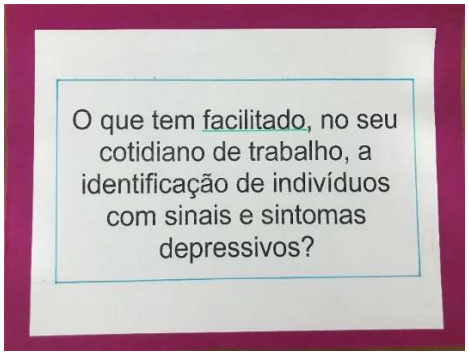


Figura 02. Cartaz utilizado nas Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade – Seminário II: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades

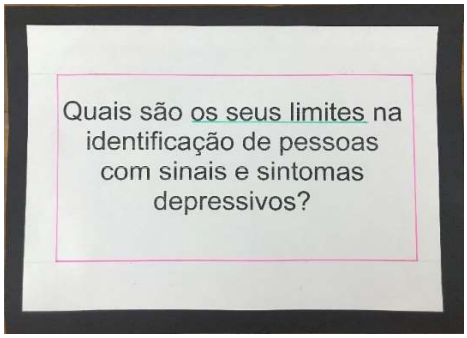


Figura 03. Cartaz utilizado nas Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade – Seminário II: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades

Produções Artísticas da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade:

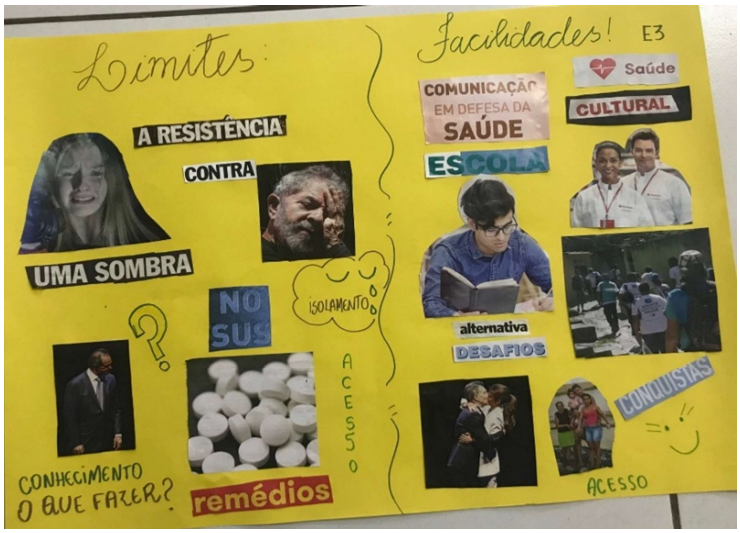


Figura 04. Produção Artística da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade.

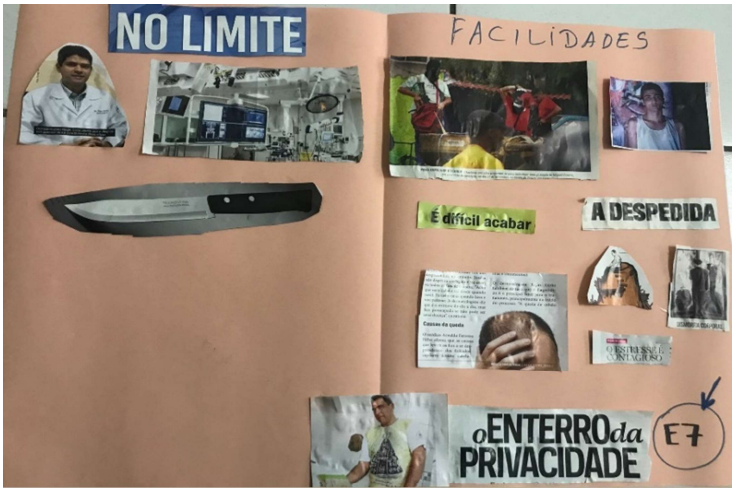


Figura 05. Produção Artística da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade.

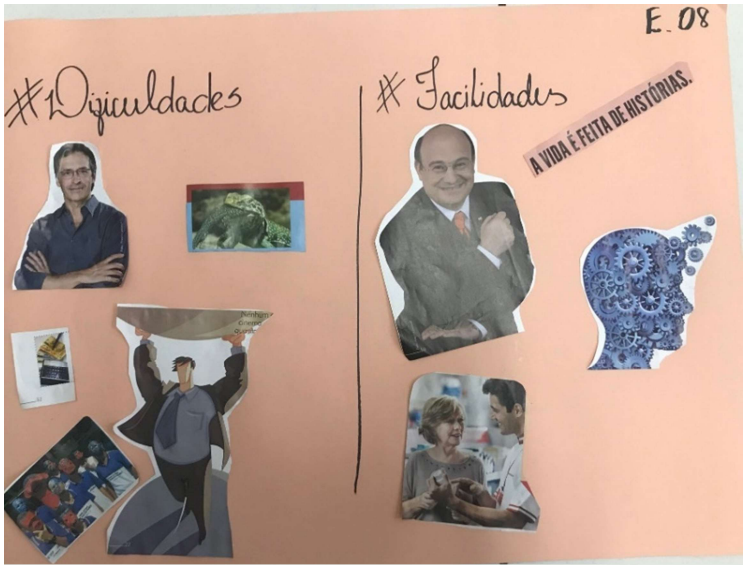


Figura 06. Produção Artística da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade.

Em folhas de papel *color set* foram orientados a colar as figuras selecionadas que representavam imagens sugestivas de limites e possibilidades na identificação de sinais e sintomas depressivos, posteriormente apresentaram individualmente sua produção artística.

A pesquisa-ação é uma metodologia crítica e reflexiva que propõe a realização de uma ação (THIOLLENT, 2011). Essa capacidade de aprendizagem é associada ao processo de investigação, assim, ao final de cada seminário temático houve uma devolutiva de saberes formais aos participantes, através do desenvolvimento de atividades educativas, qual seja, miniexposição.

3.4.3 Mapeamento e categorização dos dados

Nessa fase realizou-se mapeamento e agrupamento dos dados, que foram produzidos, gravados e transcritos (APÊNDICE D, APÊNDICE E). Para Minayo (2014), esse momento consiste em agregar vários depoimentos em classes ou categorias temáticas, que favoreceram objetivamente o agrupamento dos dados e devem ser exaustivas, exclusivas, concretas e adequadas.

3.4.4 Análise e discussão dos dados

Após o mapeamento e categorização foi iniciada a análise, interpretação, argumentação e discussão dos dados da investigação (MINAYO, 2014), articulando-os com os conceitos e concepções sobre o fenômeno investigado. Essa etapa resultou na construção de um capítulo que traz especificamente a análise e discussão dos dados.

3.4.5 Conclusão

A pesquisa-ação finalizou-se com divulgação dos resultados. Com relação à divulgação interna, essa etapa trata-se de socializar os resultados da pesquisa com os participantes, com o intuito de gerar reações e contribuir para a dinâmica da tomada de consciência, e/ou ainda, dar início a mais um ciclo de ação e pesquisa (THIOLLENT, 2011).

A divulgação interna aconteceu com reunião agendada previamente na sala de reunião da referida UBS, onde todos os participantes do estudo foram convidados para conhecer os resultados desta prática. O resultado foi exposto em apresentação oral com auxílio de apresentação de *power point*.

Além da divulgação interna, também se pretende realizar a divulgação externa do produto da investigação, através da publicação do manuscrito. Compartilhar os achados da investigação com a comunidade, seja por meio de publicação em periódico científico ou apresentação em congresso, é uma forma de disseminá-la, permite-se assim, a utilização desses achados, seja para avaliação, ou base para futuras pesquisas (BOFMAN, 2012).

Salienta-se que a divulgação por meio de periódico científico é essencial, pois através deste, oferta-se um fórum para pesquisas inovadoras, impulsiona-se o conhecimento, provoca respostas e debates. Benefícios estes, que estão mais acessíveis em virtude à comunicação eletrônica, capaz de superar limites e facilitar alguns entraves da pesquisa e produção de conhecimento (KNIGHT, 2016).

3.5 Riscos e benefícios

Entende-se como risco para os participantes o possível constrangimento no momento da coleta de dados, pois os mesmos discorreram sobre os seus conhecimentos para identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos em seus territórios de atuação. Para minimizar esse risco, foram resguardados o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, as dinâmicas e os seminários ocorreram em sala específica para reuniões, com todas as condições necessárias para o desenvolvimento da metodologia da pesquisa-ação, bem como foi utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisadora e participantes do estudo.

Esta pesquisa possibilitou maior conhecimento sobre o tema abordado, com benefício direto para os participantes, uma vez que esta metodologia, como o próprio nome denota, é uma pesquisa, mas que se propõe a realizar uma ação, além de permitir analisar o conhecimento de ACS para identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos. Entende-se, portanto, que este estudo pode colaborar tanto pelos aspectos individuais quanto pode fundamentar a produção de futuras pesquisas congêneres.

3.7 Questões éticas e legais

Conforme os princípios éticos norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto foi autorizado pela FMS (ANEXO C) de Teresina e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI (ANEXO D), sob parecer nº 2.975.812 (CAAE nº. 00318818.0.0000.5214).

Ressalta-se que no momento do convite e da informação sobre o estudo, aos participantes foi apresentado o TCLE. A cada participante foi entregue o TCLE em duas vias, a serem assinadas pelo mesmo, sendo que uma via foi entregue ao participante e a outra permaneceu com o pesquisador responsável, respeitando-se a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que garante a confidência, a privacidade e a proteção de imagem dos entrevistados, onde estes estarão totalmente isentos de qualquer custo e livres para desistir em qualquer momento da pesquisa (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Sinais e sintomas depressivos por Agentes Comunitários de Saúde

A ampliação das equipes da ESF, em todo o país, tem marcado um progresso indiscutível na oferta de ações e serviços do SUS, pois surge como espaço de mudanças no modelo assistencial tradicional, individual, curativista e hospitalocêntrico, para um centrado no indivíduo, família e comunidade, desenvolvido por uma equipe multiprofissional, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Tradicionalmente, os ACS desenvolvem seus trabalhos em regiões onde residem indivíduos em condições socioeconômicas desfavoráveis. Com relação a esse cenário, a literatura consultada apontou associação entre indivíduos com esse perfil e a manifestação da sintomatologia depressiva (ELWELL-SUTTON *et al*., 2017). Portanto, devido à proximidade que esses profissionais têm aos usuários, justifica-se o desenvolvimento de estudos que busquem descrever o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos em sua área de abrangência.

Pode-se evidenciar, nos discursos transcritos abaixo, que os ACS identificam usuários com sinais e sintomas depressivos em sua área de atuação, a partir de características manifestadas por esses indivíduos, principalmente isolamento, perda de interesse por atividades antes realizadas com prazer, tristeza, choro e solidão.

> É o choro espontâneo, por tudo, do nada, é a falta de sono, falta de apetite, é a vontade de ficar sozinho sempre, é a angústia e a tristeza, são esses sintomas que a gente identifica mais no dia-a-dia (E1).

> Os sinais e sintomas são o isolamento social, perda de vontade de realizar atividades, tristeza sem motivo, choro repentino, a pessoa não sente motivação, ela tem tendência a ser introvertida, tem baixa autoestima, a pessoa não se acha útil, para ela os problemas superam as possíveis soluções (E3).

> E o que eu vejo mais na minha área, nos meus pacientes é a tristeza, a raiva, a frustração, dentre outros (E4).

> Eu coloquei aqui, isolamento, solidão, tristeza extrema, estresse, em relação à tristeza, é tipo assim a pessoa não tem uma constância no comportamento (E5).

> Ela começa a fazer suas atividades com tristeza, começa a colocar pouca energia na atividade, ela acaba não tendo mais energia suficiente para

> praticar suas atividades. A outra foi o mau humor. A outra é a falta de ânimo, que é justamente esse estado, para de ter ânimo para fazer qualquer coisa (E6).
>
> É o isolamento, a negatividade extrema, profunda tristeza, tristeza muito grande. Achar que, de certa forma, o mundo está contra você, nada que você faz é bem-vindo, é aceito (E9).
>
> Os sintomas que eu encontro no dia-a-dia é o choro espontâneo por tudo, a falta de sono, falta de apetite, a vontade de ficar sozinha sempre, a angústia e a tristeza (E10).
>
> A questão da solidão, da tristeza, eu pude perceber que elas se fecham a ponto de não pedir ajuda a ninguém (E12).
>
> Silêncio, solidão, tristeza, falta de planos futuros e camuflagem de problemas, porque a gente vê muito, as pessoas têm os problemas, mas não querem encarar isso (E14).

Observa-se nos depoimentos dos ACS que esses profissionais identificam os sinais e sintomas depressivos a partir das manifestações exteriorizadas pelos indivíduos. Houve uma variedade de sinais e sintomas depressivos citados, porém restringiu-se principalmente aos clássicos e recorrentes, destacando a tristeza e a solidão, que traduzem o reconhecimento sociocultural da sintomatologia depressiva. Não é surpresa encontrar outras manifestações depressivas nos discursos, entretanto, as que mais chamam a atenção desses profissionais em suas VD e os remetem à necessidade de cuidados desses indivíduos e familiares foram as destacadas.

Estudo que objetivou conhecer a percepção do ACS sobre os problemas de saúde mental na comunidade, evidenciou que embora a depressão seja um dos agravos mais frequentes, os ACS possuem dificuldades para reconhecê-la, mas demonstraram acolher os indivíduos durante as VD (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Em contrapartida, estudo desenvolvido por Souza *et al* (2015), evidenciou que os ACS participantes foram hábeis para identificar a demanda de saúde mental, porém essas demandas eram percebidas pela maioria deles como situações complexas com necessidades de ações intersetoriais e não apenas dos serviços de saúde.

Quanto ao reconhecimento sociocultural da sintomatologia depressiva, pode-se justificar pelas práticas laborais vivenciadas por esses profissionais serem responsáveis pela construção de seus saberes em saúde mental. O ACS aprende aquilo que lhe é solicitado para desenvolver seu trabalho, relacionando-se com seu conjunto anterior de vivências no enfrentamento dos problemas que se apresentam,

portanto, os saberes desses profissionais em saúde mental ainda estão pautados no imaginário popular, pouco compreendido e sobreposto nas práticas cotidianas (SANTOS; NUNES, 2014; CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Referindo aos sinais e sintomas depressivos que são identificados por esses profissionais, segundo os relatos supracitados, o humor triste é a sintomatologia depressiva mais comum, manifestando-se em grande parte dos pacientes acometidos ou em potencial de desenvolver a doença. Pode ser exteriorizada através da perda de prazer em atividades antes realizadas, falta de ânimo ou como sentimentos vagos de desesperança e isolamento (SILVA, 2018). Em estudo que analisou as variáveis de sinais e sintomas depressivos presentes em escalas de rastreamento de depressão, o humor triste é um sintoma presente em todas as escalas analisadas (FRIED, 2017).

A depressão é uma síndrome heterogênea, com grande variação de sinais e sintomas, o que tem tornado mais difícil a identificação e diagnóstico precoce da doença. Para a CID 10, os principais sinais e sintomas depressivos manifestados pelos indivíduos são: diminuição do humor, redução das atividades, da capacidade de diversão, de autoestima, autoconfiança e libido, concentração reduzida, ideia de culpa e inutilidade, sintomas somáticos, sensação de cansaço, retardo psicomotor ou agitação, alterações de padrões alimentares e de sono, além da perda de interesse e sentimentos agradáveis (FRIED *et al*., 2016; WHO, 1993).

Segundo o DSM-V, a depressão é caracteriza por alterações somáticas e cognitivas, seus sinais e sintomas podem ser: sentimento de inutilidade e de culpa em excesso, fadiga ou perda de energia, dificuldade de concentração, agitação/lentificação psicomotora, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, pensamento de morte ou ideias suicidas, podendo causar problemas a nível físico, psicológico e social (DSM-V, 2014; MOZ *et al*., 2019).

Salienta-se que tristeza, raiva, irritabilidade, confusão, isolamento social, cansaço, cefaleia e dores articulares ou musculares são os sinais e sintomas depressivos mais frequentes entre as mulheres de diferentes idades (BOING et al., 2012; BERLEZI *et al*., 2013; RODRIGUES *et al*., 2016). Essa diferença de gênero pode estar associada a razões biológicas, tais como a atuação exercida pelos hormônios sexuais femininos, e a razões psicossociais, como o ônus de papéis das mulheres na sociedade contemporânea (RODRIGUES *et al*., 2016).

Já entre os adolescentes em situação de vulnerabilidade social, os meninos tendem a maior probabilidade de apresentarem sintomatologia depressiva,

principalmente perda ou ganho de peso, baixa autoestima e fadiga (BARBOSA *et al*., 2016).

Alterações de sono e apetite podem oscilar para aumento ou diminuição, causando ganho ou perda de peso, insônia ou hipersonia. Estudos evidenciam relação entre sinais e sintomas depressivos com o índice de qualidade do sono (SILVA *et al.*, 2018; SILVA, 2018; KENDLER *et al*., 2018).

Acrescentam-se outros sinais e sintomas depressivos presentes na literatura, tais como sentimento de incapacidade, dificuldades em resolver problemas, irritabilidade, pessimismo, sentimento de punição, ansiedade, sintomas genitais, hipocondria, insights sobre a doença depressiva, choro frequente, fala diminuída e percepção de terceiros como hostis (BAPTISTA, CUNHA, MARQUES, 2019; FRIED *et al*., 2016; BECK *et al*., 1996; HAMILTON, 1960; RADLOFF, 1977).

Muitos usuários acompanhados pelos ACS são portadores de doenças crônicas principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). As literaturas consultadas apontaram associação entre doenças crônicas e sintomatologia depressiva, sendo mais elevada entre indivíduos com maior número de doenças crônicas (BOING *et al*., 2012; FONSECA; RACHED, 2019).

Estudo realizado, em Portugal, com 65 indivíduos hipertensos e diabéticos, evidenciou que 72,3% apresentaram sinais e sintomas depressivos, ou seja, alta prevalência de sintomatologia depressivos na amostra, destacando a presença principalmente de humor depressivo, distúrbios do sono, pouca energia, distúrbios alimentares, agitação ou lentificação psicomotora (MOZ *et al*., 2019).

Em outro estudo com 50 indivíduos portadores de uma doença crônica, lesão medular com úlcera por pressão, revelou que metade dos participantes apresentou depressão, com manifestação de sintomas leves a moderados e moderados a graves, sendo os principais: distorção da imagem corporal, autodesvalorização, retração social e ideia suicida. Neste estudo, foi utilizado o inventário de depressão de Beck, que considerada as seguintes pontuações: < 9 correspondem a sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18, depressão leve a moderada; de 19 a 29, depressão moderada a grave; e de 30 a 63, depressão grave (ALMEIDA *et al*., 2013; BECK *et al*., 1961).

Salienta-se que nos episódios depressivos leves, o indivíduo pode ser acometido por dois ou três sinais e sintomas, mas sem interrupções da maioria das suas atividades; nos moderados, há presença de quatro ou mais sinais e sintomas e

provável dificuldade em continuar com atividades comuns; já nos episódios graves, há presença de vários sinais e sintomas depressivos, sintomatologia somática e sintomas psicóticos podem estar presentes, além de pensamentos ou atos suicidas (WHO, 1993).

Alguns autores destacam que nos casos mais complexos da doença depressiva o indivíduo pode apresentar pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa ou cometer o suicídio propriamente dito (WHO, 1993; DSM-V, 2014; WHO, 2018; LACRUZ *et al.,* 2016).

Além de sinais e sintomas depressivos clássicos, a sintomatologia grave referente ao suicídio e pensamento de morte foi citada por alguns ACS, referindo ser uma manifestação identificada durante as VD e que integra o conhecimento desses profissionais, como se observa nos discursos a seguir.

> É sentir solidão, mesmo estando rodeada de pessoas, ela acha que sempre está só, aí é aonde vem aquele desejo dela tirar a própria vida, porque ela acha que ela fazendo isso vai resolver o problema (E2).
>
> Tristeza, angústia, apatia, descuido, solidão. E assim, a somatização do todo, a única forma que a pessoa tem de se sentir melhor é cometendo o suicídio (E11).
>
> Os sinais depressivos são pensamentos negativos, querer se matar, a pessoa sente sono e chora constantemente (E13).

O transtorno depressivo pode evoluir como fator desencadeante do comportamento suicida ou o próprio suicídio (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS, 2019). Indivíduos com comportamento suicida são identificados de várias formas por todos os profissionais da equipe que trabalham na ESF, incluindo os ACS, pois diariamente realizam VD, sendo elo da comunidade com os demais profissionais. São esses trabalhadores que mais se envolvem no atendimento ao usuário com comportamento suicida, pois a atuação deles na comunidade permite aproximação às necessidades e singularidades dos usuários precocemente e, portanto, conseguem reconhecer alguns sinais e sintomas depressivos e o comportamento suicida na comunidade com mais frequência e de forma precoce (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008).

Os indivíduos com sinais e sintomas depressivos que apresentam comportamento suicida necessitam de atenção especial dos profissionais de diversas áreas para tratar dos riscos e chance de prevenção. Os ACS estão em situação

privilegiada, já que, possuem vínculo com indivíduo e comunidade, o que traz a possibilidade de atuar em um diagnóstico situacional precoce das necessidades de saúde mental, compartilhar com os demais membros de sua equipe e juntos elaborar planos de atenção integral a saúde (SILVA; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2018).

Para que esse plano de atenção integral à saúde seja efetivo, a APS deve estar bem articulada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois é através desta que o cuidado integral a indivíduos com TM será implementado. A RAPS com cada um dos seus componentes, e conforme as necessidades particulares de cada indivíduo promovem cuidados à saúde mental integral, de forma a superar modelos biomédicos, centrados na doença e que tenha a medicação como forma principal de tratamento aos TM (BRASIL, 2011; OLIVEIRA *et al*., 2019).

A categoria apresentada possibilitou identificar que os conhecimentos e informações sobre sinais e sintomas depressivos expressados pelos depoentes do presente estudo mostraram-se práticos e repletos de vivências cotidianas constituídas das suas próprias experiências, sejam elas de trabalho ou convívio com seus familiares, uma vez que os ACS, participantes da investigação, informaram não ter recebido nenhum treinamento sobre a temática para o desempenho de suas funções.

Por esse motivo, pode-se justificar o entendimento desse grupo sobre sinais e sintomas depressivos de forma clássica, citando principalmente as características do isolamento, tristeza, choro e perda de interesse. Ressalta-se que a utilização da abordagem metodológica da pesquisa-ação, possibilitou aos participantes ampliar o conhecimento sobre essa temática, em destaque para a existência de outras manifestações, seja pelo desenvolvimento das dinâmicas em grupo, através do compartilhamento de informações com os colegas ou pela miniexposição realizada ao final de cada seminário temático.

A pesquisa-ação tem o processo educativo como eixo, o que permite que os ACS formulem críticas organizadas acerca da posição em que são colocados na ESF, pode contribuir com a construção de saberes formais de conhecimento na área e evidencia a discussão sobre a temática trabalhada através dos processos educativos (CORDEIRO; SOARES, 2015).

4.2 Limites dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos

O ACS tem atribuições de destaque dentro da ESF, cujo exercício profissional vem passando por discussões. Tem a VD como principal estratégia de trabalho e, por meio dessa tecnologia leve, desenvolve ações de prevenção e promoção à saúde na microárea de sua responsabilidade (SAFFER; BARONE, 2017; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

O ACS deve realizar, no mínimo, uma VD mensal a cada família residente na microárea, o que pode variar de acordo com a necessidade da família. Por meio da VD, o ACS pode conhecer a realidade das famílias e o ambiente onde vivem, serve como instrumento de informação para a equipe da ESF sobre a família, além de campo para identificação das necessidades do indivíduo e coletividade, dos riscos em saúde e possíveis sinais e sintomas depressivos (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018; SANTANA; BURLANDY; MATTOS, 2019).

A posição que o ACS ocupa dentro da comunidade, possibilitada por meio do contato frequente com os usuários durante as VD, permite conhecê-la com proximidade maior que outros profissionais de saúde, e, portanto, perceber alterações comportamentais nos indivíduos precocemente. Entretanto, para que isso seja possível, é necessário continuidade de assistência ao indivíduo, processo este dificultado pelo acesso aos usuários como demonstrado no depoimento do E8, E12 e E15.

> Então como é que a gente vai continuar um trabalho, aquele acompanhamento, se a gente não tem acesso àquela pessoa, se a gente só encontra uma vez (E8).
>
> A gente bate, as pessoas não abrem a porta, simplesmente elas veem a pessoa pela câmera, agente de saúde, pensa que a gente tá disfarçado. Então a dificuldade que eu tenho maior é essa daí, das pessoas abrirem a porta pelo menos para eu conhecer, fazer o cadastro (E12).
>
> As dificuldades da gente, do agente de saúde, são essas, é ter algumas famílias, tem algumas pessoas que se abrem para mim, tem outras famílias que são trancadas e, às vezes, não quer nem receber (E15).

Diante da complexidade do exercício profissional do ACS, são presentes alguns limites na identificação de sinais e sintomas depressivos. Conforme os depoimentos, um dos limites citados por esses profissionais é o acesso. Pôde-se inferir que existe resistência de alguns usuários na realização de VD por esses profissionais, não permitindo que o ACS coloque em prática sua estratégia de trabalho.

Estudo realizado com dez ACS em Quixadá (CE), que analisou as implicações da afetividade da atuação do ACS no território, evidenciou que a dificuldade de acesso é uma realidade no cotidiano de trabalho deles, que em muitos domicílios, esse profissional não consegue realizar a VD, o que faz emergir um sentimento de tristeza, angústia e frustração (BEZERRA; FEITOSA, 2018).

Alguns fatores podem favorecer a limitação de acesso por esses profissionais na residência de alguns usuários, a exemplo da segurança, pois o receio de serem estelionatários disfarçados de ACS impede o acesso deste profissional para desenvolver seu trabalho e mostrar a legitimidade do seu serviço.

A violência urbana está presente no cotidiano de trabalho do ACS, para minimizar os riscos causados por essa problemática, na literatura consultada, este profissional procura apoio em outros agentes ou profissionais para realizar VD e outras atividades em áreas de vulnerabilidade (MOURA; SILVA, 2015b).

Evidencia-se que a violência urbana e os diferentes conflitos presentes nas comunidades e periferias das cidades têm tornado a atuação do ACS e da APS limitada, implicando outros pressupostos essenciais para seu fortalecimento, como a integralidade do cuidado e o regresso do modelo biomédico, pontual e frágil na promoção dos direitos e redução das iniquidades sociais em saúde (ALMEIDA; PERES; FONSECA, 2019).

Além disso, a literatura consultada traz os planos de saúde como fator de limitação ao acesso do ACS às residências, algumas famílias por possuírem tal serviço, negam o acesso aos ACS para se cadastrarem na ESF, utilizando somente serviços pontuais, sem continuidade (SANTANA; BURLANDY; MATTOS, 2019).

Ter acesso ao domicílio e, por conseguinte, adentrar na privacidade de uma família exige responsabilidade e ética, devendo ser realizada com compromisso e cuidado, respeitando suas configurações, crenças, anseios e dinâmicas. Ao perceber a conjuntura de cada família, o ACS amplia seu olhar e planeja estratégias de cuidado, baseadas nas necessidades e individualidades de cada sujeito e seus familiares (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018)

Para além do acesso, outro limite identificado no presente estudo foi o estigma da depressão. Mesmo após anos da reforma psiquiatra, com um novo modelo assistencial aos cuidados de saúde mental, em que houve descentralização dos tratamentos das doenças que afetam a saúde mental, o acolhimento dos acometidos por tal agravo pela ESF e trabalhos de educação em saúde para desmitificar essas

doenças, ainda é possível notar a percepção dos indivíduos carregada de preconceitos, atrelados a um estado de loucura, e não de doença que necessite de cuidados de saúde.

Pode-se observar nos depoimentos dos ACS que o estigma e preconceito da doença faz com que os indivíduos desenvolvam postura esquiva para compartilhar seus sinais e sintomas, ocultar consultas com profissional psiquiatra ou psicólogo, pois não querem estar associados à loucura, portanto, limitando o ACS na identificação de sinais e sintomas depressivos.

> A maior dificuldade é a resistência da própria pessoa. A gente sabe que, às vezes, a pessoa é contra, que associa a depressão com loucura. No meu entendimento, a gente ainda encontra muita resistência para poder falar sobre esses assuntos (E3).
>
> Então, muitas pessoas têm preconceito ainda com essa doença, a depressão, então você tem que se esforçar pra entender do assunto, ler, ir atrás, e não ter esse preconceito da doença (E13).
>
> Tem um preconceito muito grande em relação a essa doença, as pessoas não querem que saibam que vai ao psiquiatra, que vai ao psicólogo, que psiquiatra é médico de doido, porque não querem, não querem que as pessoas saibam (E15).

Esse novo modelo, pós reforma psiquiatra, sugere uma assistência que busque a inserção social da pessoa com TM, abolindo, dessa forma, o modelo estigmatizante. Apesar disso, o ACS por meio do seu exercício profissional, percebe as dificuldades da população em relacionar-se com indivíduos com TM. Segundo Paiva *et al* (2016), os ACS observam que a rejeição da pessoa que adoeceu por algum TM, é uma reação bastante frequente, acompanhada do preconceito e discriminação, segregando-a da sociedade. O indivíduo não é mais identificado pelo nome, em algumas situações, perde sua identidade por não produzir mais suas atividades cotidianas, e ao deixar de contribuir social e economicamente, torna-se sem sentido para a sociedade. Há desvalorização dos seus desejos, perdendo até mesmo o direito de exercer a sua cidadania.

Os estigmas e preconceitos envolvendo as doenças que afetam a saúde mental, como a depressão, são presentes e percebidas pelos ACS. Apesar da proposta de tratamento com reinserção social, ainda não é comum no cotidiano das pessoas relacionarem-se com indivíduos que apresentam algum tipo de TM grave. Essas doenças continuam no imaginário popular vinculadas a estigmas, preconceitos

e desconhecimentos, crenças que fazem com que os indivíduos saudáveis os discriminem (PAIVA *et al*., 2016).

Sendo assim, tornam-se importantes as discussões frequentes quanto às doenças que afetam a saúde mental dos indivíduos, assim como, sinais e sintomas depressivos, a fim de que cada vez mais se torne um assunto conhecido, dúvidas esclarecidas e usuários acolhidos, seja por profissionais ou comunidade, o que contribuirá na redução do preconceito, melhoria da assistência ofertada e prevenção de fatores agravantes.

O conhecimento foi outro limite expressado pelos entrevistados do presente estudo. Pode-se inferir que os ACS não têm conhecimento formal sobre depressão, seus sinais e sintomas, além da RAPS, o que contribui como fator limitante na identificação de sinais e sintomas depressivos em usuários de sua microárea. Essa afirmação pode encontrar justificativa na ausência de curso introdutório para o ACS, capacitações, treinamento ou preparação para a atuação desses profissionais, o que favorece o ACS, a deficiência de conhecimento e práticas fundamentadas pelo senso comum, pelas influências de vivências e experiências pessoais e profissionais.

> É o conhecimento mesmo, de sem saber o que fazer, para onde enviar essas pessoas, às vezes a gente vê os sintomas, a gente fala muito assim pelo senso comum, pelo o que a gente acha que é depressão (E3).
>
> Os limites que a gente encontra, apesar da gente ter um certo grau de instrução, é o conhecimento técnico (E7).
>
> Eu não tenho conhecimento adequado para conversar, proximidade com o tema. A gente começou a ser agente não tinha, não teve nenhum treinamento, não teve nenhuma especialização em nada, nem o curso básico de agente de saúde não fizemos então a gente vai engatinhando em relação a esse conhecimento pra poder divulgar para as pessoas e eu não me sinto seguro em tratar do tema com ninguém (E12).
>
> Eu coloquei conhecimento prático. Eu acho que a maioria foi unânime, as pessoas falaram conhecimento e realmente você tem que ter conhecimento para ter uma base para conversar com a pessoa até mesmo para ouvir, você tem que ter conhecimento sobre o assunto (E13).

Durante as VD, para que os ACS desenvolvam suas atividades, a exemplo da identificação de sinais e sintomas depressivos, faz-se necessária qualificação desses profissionais, pois estes têm influência na adesão e no esclarecimento da população, sendo assim, sua formação e conhecimento exercem influência direta na qualidade da assistência oferecida (GUERRA; MELO JÚNIOR; FROTA, 2018).

Segundo estudo realizado com 17 ACS, para analisar a percepção destes profissionais quanto às situações de saúde mental mais frequentes no território, foi constatado despreparo e falta de capacitação para o cuidado em saúde mental. A falta de conhecimento dentro da temática gera um grande desafio para esses profissionais ao lidar com essa demanda e articular as ações intersetoriais. Dessa forma, eles enfrentam situações de despreparo, desconforto, sentimento de impotência e dúvidas sobre como efetivar os cuidados de saúde mental (SOUZA *et al*., 2015), corroborando com os dados do presente estudo.

Em estudo realizado no Espírito Santo (ES) com 121 ACS, para conhecer o perfil e a realidade de trabalho desses profissionais, evidenciou que a formação escolar predominante foi o ensino médio completo (91,7%), a escolaridade mínima exigida para desenvolver essa profissão. Porém, diante da complexidade e diversidade das atividades desenvolvidas pelos mesmos, acentua-se que a profissionalização e a qualificação do ACS é um fator importante para o desenvolvimento do seu trabalho (GARCIA *et al*., 2017).

Corroborando com os autores acima Costa *et al* (2012) evidenciaram que a falta de qualificação do profissional ACS se configura como limite para o desenvolvimento do seu processo de trabalho na comunidade por ele assistida.

A fim dessa qualificação, a portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015, dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde, que tem objetivo de instruir este profissional para o exercício de suas atividades, conforme as diretrizes, políticas e programas do SUS (BRASIL, 2015). Entretanto, através do depoimento do E12, observa-se que os profissionais do presente estudo não passaram por esse tipo de capacitação ao iniciar suas atividades laborais.

Segundo a literatura consultada, ao refletir sobre a formação e o perfil profissional dos ACS, pode-se conferir dois perfis com seu respectivo processo de formação, o primeiro é o de promotor de conscientização, mobilização e organização social da comunidade; e o segundo refere-se a uma ação mais sanitária com formação técnica em equilíbrio com outras categorias profissionais. Para ambos os perfis, a qualificação técnica deve estar baseada na realidade de cada microárea, considerando os riscos, vulnerabilidades, realidades de cada contexto, dessa forma, o curso introdutório não deve ser aplicado isolado ou descontextualizado (GARCIA *et al*., 2017; MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

Nessa perspectiva, o ACS deve estar presente em momentos de educação permanente em saúde que seja oportunizado aprendizado, discutido e minimizado dúvidas, que influenciará positivamente no cuidado ofertado por esse profissional. Portanto, investimentos na formação de ACS são indispensáveis para manutenção da qualidade do trabalho e atuação com responsabilidade (SAMUDIO *et al*., 2017).

Estudo desenvolvido com 200 ACS no Ceará (CE), que objetivou analisar as percepções dos ACS sobre o processo de formação para atuação profissional, evidenciou fragilidade na sua formação, qual seja: necessidade de capacitação e treinamentos sistematizados para melhoria do trabalho por eles desenvolvido (RODRIGUES *et al*., 2019).

O ACS desenvolve diversas ações na comunidade por ele assistida, entretanto, essa categoria evidenciou limitações (acesso; estigma e preconceito da doença; falta de conhecimento formal sobre sintomatologia depressiva e depressão) presentes na sua rotina de trabalho, relacionadas a carência de formações, capacitações, treinamento ou preparação. Assim, foi significativo analisar o conhecimento desse profissional utilizando o método da pesquisa-ação, uma vez que oportunizou a troca de saberes informal-formal, conscientização, possibilidade de mudança de conduta e, consequentemente, melhoria na qualidade da assistência ofertada.

4.3 Possibilidades dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos

A Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe mudanças no modo de assistir os indivíduos com TM, por considerar importante e necessária a integração dos campos sociais, imediação com os espaços de vida e execução de ações voltadas à promoção da cidadania e a construção da autonomia desses sujeitos (MONTEIRO; SILVA, 2019). A ESF passou a receber e acolher demanda representativa desse público, configurando-se como porta de entrada da RAPS. Nesse cenário, o ACS está sensível a essa demanda e tem buscado desenvolver seu trabalho da melhor forma possível, mesmo diante da complexidade e diversidade desses usuários (SOUZA *et al*., 2015).

Ressaltar que os profissionais da ESF se encontram com posturas sensíveis a essa demanda, é resultado do fortalecimento das políticas de saúde mental no país e do novo modo de cuidar, fundamentado em ações de promoção da saúde e

prevenção da doença (SOUZA *et al*., 2015). Nessa perspectiva, a identificação de sinais e sintomas depressivos em usuários da ESF deve ser incorporada à rotina laboral desses profissionais, quer seja em atendimento clínico ou durante as VD, como forma de identificação precoce e instituição de terapêutica adequada.

O presente estudo possibilitou reconhecer as possibilidades na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos por ACS, sendo a primeira delas o acesso à informação sobre a temática pela mídia. Observa-se nos depoimentos a seguir, que esse profissional tem contato por meio de programas de televisão, telejornais, livros, internet e rádio com a doença depressão e sua sintomatologia.

> Hoje você liga a televisão você vê, você vê um programa, esses programas do meio da manhã ou do meio da tarde falando sobre o assunto, você ouve uma rádio, você ouve um especialista tratando do assunto (E1).
>
> A partir do momento que eu sou orientada do assunto eu vou ter também conteúdo para passar essas informações para essas pessoas que estão necessitando (E2).
>
> Os meios de comunicação estão aí para gente usar, é como novas alternativas para esse desafio. Tem muita coisa sobre a depressão se a gente tiver interesse de buscar em livros, internet (E3).
>
> Ouço bastante rádio, assisto bastantes telejornais e ultimamente esse tema tá sendo bastante abordado, então eu fico atento a tudo que envolve a sociedade, política, saúde e economia. Ter uma informação de qualidade pra eu poder replicar e repassar (E5).

A mídia se utiliza de meios estratégicos para direcionar sua mensagem para um contingente de pessoas, além de influenciá-las, ora positivamente ora negativamente, a formarem opiniões sobre os mais diversos aspectos e temas (FIGUEIRA JÚNIOR, 2000; FONSECA, 2011). Essa influência não se limita à população leiga como fonte de conhecimentos em saúde, mas também os próprios profissionais de saúde, dentre eles os ACS (TEIXEIRA, 2012).

Diante do aumento do acesso às tecnologias, muitas pessoas têm a internet, mídias sociais e meios de comunicação, como principal fonte para obtenção de informação. Portanto, esses meios representam uma ferramenta relevante de apoio ao ensino-aprendizagem e de divulgação de informação, dando oportunidade de não apenas serem usadas para promoção dos serviços e produtos, assim como também, para letramento informacional (GASQUE, 2016).

Atualmente, a mídia tem se configurado como fonte de informação acessível da população em geral, bem como do ACS, que na maioria das vezes não realizou o

Curso Introdutório para o pleno exercício profissional, sendo seu conhecimento empírico baseado na soma de suas práticas laborais, vivências e contato com a comunidade (SANTOS; HOPPE; KRUG, 2018; ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018; SANTOS; NUNES, 2014; SILVA JUNIOR *et al.,* 2016).

Outra possibilidade expressa pelos ACS do presente estudo foi o diálogo/conversa estabelecido por meio do contato entre usuário e profissional. Observa-se nos depoimentos dos ACS que este é percebido pela comunidade como um profissional acolhedor e preparado para ouvir e dialogar. Por meio desse diálogo, vínculos são fortalecidos, vulnerabilidades podem ser detectadas e possíveis sinais e sintomas depressivos identificados.

> É fundamental quando a pessoa se dispõe a falar, a expor o que ela sente no interior, botar para fora, expor para fora, a gente tem uma facilidade pra saber o que é que a pessoa tá sentindo (E8).
>
> Eu creio que as pessoas veem em mim, no meu rosto, uma pessoa sincera assim às vezes gosta de conversar e gosta de desabafar, ela confia um pouco na pessoa do agente de saúde, lógico que não é todo mundo da área, mas boa parte das pessoas da minha área vê em mim confiança. Então, a conversa é um ponto positivo que as pessoas veem na gente (E12).
>
> Eu acho que conversa também é uma base para ajudar uma pessoa com depressão, além de ouvir, você tem que ter o conhecimento e também conversar com a pessoa (E13).

Estudo que objetivou compreender as estratégias utilizadas por ACS no cuidado em saúde mental, evidenciou que a conversa é uma estratégia comum dentro da rotina de trabalho desse profissional no âmbito de saúde mental, aconselhar é sua forma de executar o trabalho e possui efeitos terapêuticos (SAFFER; BARONE, 2017). Para além, destaca-se que a conversa e a escuta qualificada são ferramentas de trabalho que apresentam efeitos positivos na assistência (SANTOS; NUNES, 2014).

Corroborando com o estudo acima, Costa *et al* (2012) destacam que a facilidade mais citada por ACS em seu estudo para identificação de sinais e sintomas depressivos foi a comunicação com as famílias por ele assistidas, estabelecida por meio da escuta e conversa frequentemente vivenciada nos momentos da VD.

Ressalta-se que, ao ser estabelecido diálogo entre ACS e usuários, abre-se possibilidades de elaborarem um novo espaço, resgatam-se os saberes cotidianos do território, trabalha-se com os comportamentos de agir provenientes das relações familiares, de amizade e vizinhança (SAFFER; BARONE, 2017).

Nesse novo espaço, por meio das conversas, diálogos e conselhos ofertados pelos ACS, informações importantes são repassadas à comunidade, assegurado troca entre os saberes populares de saúde e os saberes científicos, em razão da posição que ocupam, qual seja, a de mediadores entre a comunidade e os demais profissionais de saúde (SOUZA *et al*., 2015). Além disso, por meio das conversas são estabelecidos vínculos, tido como um dos atributos mais importantes na ESF. Sua construção é necessária no âmbito da saúde coletiva, sendo destacada com frequência nas diretrizes da PNAB (RIQUINHO *et al*., 2018; BRASIL, 2017).

Alguns autores acrescentam que, a partir do vínculo estabelecido entre ACS e usuários, este profissional pode identificar situações de risco e planejar suas ações, por meio do aprimoramento da escuta e dos encaminhamentos oportunos e adequados. Portanto, os ACS reconhecem que a escuta e o convívio frequentes têm possibilitado maior estreitamento do vínculo com a comunidade, quando em comparação com outros profissionais da ESF (MOURA; SILVA, 2015a; SOUZA *et al*., 2015).

Quando o ACS consegue construir uma relação de empatia, vínculo e segurança com indivíduo e comunidade, é possível adquirir mais informações pessoais e familiares destes, permitindo que até mesmo os casos mais complexos possam ser relatados e, posteriormente, conduzidos à UBS (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018).

O diálogo/conversa, vínculo, escuta e acolhimento são tecnologias leves que o ACS utiliza para o desenvolvimento do seu trabalho, elas se mostram como estratégias importantes no seu exercício profissional à demanda de saúde mental, estabelecidos durante as VD, e que podem possibilitar a identificação de sinais e sintomas depressivos (SOUZA *et al*., 2015).

Nessa perspectiva, a ESF torna-se um espaço importante para o cuidado em saúde mental. Nesse cenário, o ACS membro da equipe e elo de ligação entre os demais profissionais da saúde e a comunidade, desenvolve suas ações durante as VD, reconhece sua relevância, tanto para a coleta de dados quanto para conhecimento da sua localidade, contribui com a equipe fornecendo informações que auxiliam no planejamento das ações em saúde e no conhecimento das demandas da comunidade. Já para os usuários, o ACS contribui com informações da UBS, bem como realiza o trabalho de orientação, promoção e prevenção em saúde (MONTEIRO; SILVA, 2019; PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018).

Para tanto, ao realizar a VD, o ACS pode ter acesso ao usuário e seus familiares, compreender a realidade no qual estão inseridos, além de conhecer o ambiente onde vivem e suas influências, o que possibilitará a esse profissional conhecer e extrair destes, informações relevantes para planejamento de ações dos demais profissionais da ESF (SANTANA; BURLANDY; MATTOS, 2019).

Pode-se observar nos depoimentos abaixo, que os ACS destacam como outra possibilidade para identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos o acesso à família e a presença da rede de apoio. Por meio do depoimento do E3, constata-se que esse profissional se encontra em uma posição privilegiada de acesso à família na ESF, na qual possibilita entrar na casa, acessar a família e interagir com tudo que permeia o indivíduo e assim há a possibilidade de identificação de sinais e sintomas depressivos.

> Se você tem acesso à família como agente de saúde, ele se torna um facilitador (E3).
>
> Quando chego que vejo que a pessoa quer conversar muito, mas ela quer conversar muito e tá fugindo da minha área eu já trago ela pra UBS, já trago ela pra nossa enfermeira, então eu creio que o SUS ele me dá esse acesso e eu coloco como facilidade (E14).

Ocasionalmente, ao perceber demandas de saúde mental, os ACS podem encontrar-se em situações que não compreende muito bem, mas simultaneamente buscam apoio em membros da ESF que podem esclarecer suas incertezas e orientar suas ações. Logo, percebe-se que a rede de apoio entre os profissionais, ainda que pareça simples e informal conforme se dá nos encontros cotidianos, pode ser uma maneira de aperfeiçoar os procedimentos dos envolvidos, e ainda, garantir um cuidado multiprofissional e integral (MOURA; SILVA, 2015b).

Visto a atuação do ACS, a posição que ocupa na ESF, presume-se que nas atividades de vigilância e vinculação dos serviços com a comunidade, o ACS é figura importante na ampliação do acesso e identificação das demandas de saúde mental na APS, tanto por meio das VD como em outras ações que realizam no território (SOUZA et al., 2015). Reconhecer suas possibilidades trouxe maior compreensão sobre seu exercício profissional no âmbito da saúde mental e identificação de sinais e sintomas depressivos, oportunizando auxiliar as ações de planejamento para melhoria da atuação do profissional e melhorias na APS.

Além disso, a metodologia usada no estudo tem o interesse de alcançar mudanças de conduta por meio da ação planejada, mas além da ação, o próprio compartilhamento de vivências e experiência dos colegas também pode ser um fator instigador de mudança. Ao trabalhar as possibilidades do ACS na identificação de sinais e sintomas depressivos, utilizando a metodologia da pesquisa-ação e MCS, permitiu o compartilhamento de vivências dos colegas ACS, inspirando-os a novas possibilidades de atuação relacionadas à temática abordada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS, integrante da equipe da ESF, encontra-se em posição de proximidade diferenciada com a comunidade da área adscrita, sendo um profissional estratégico para o serviço dentro da perspectiva da assistência territorial que a ESF propõe, assim torna-se elo entre a comunidade e serviço. Essa posição possibilita um acompanhamento individualizado, baseado nas necessidades do sujeito e familiares, bem como na identificação de riscos e vulnerabilidades.

Nessa perspectiva, foi evidenciado que este profissional identifica os sinais e sintomas depressivos pelas características expressadas, principalmente isolamento, perda de interesse por atividades antes realizadas, com prazer, tristeza, choro e solidão. Outras manifestações também foram citadas pelos participantes do presente estudo em menor proporção, como alterações de sono, alimentação e comportamento suicida.

Os limites apontados pelos ACS na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos foram: o acesso aos usuários, pois durante as VD algumas famílias proíbem a entrada desse profissional, o que dificulta sua assistência; o estigma e preconceito com a depressão e sua sintomatologia; além da deficiência no conhecimento sobre essa problemática. Quanto às possibilidades expressadas pelos ACS na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos, o estudo apontou o acesso à informação sobre a temática pela mídia; o diálogo/conversa estabelecido por meio do contato entre usuário e profissional; e o acesso à rede de apoio, seja por meio da família ou pelos colegas profissionais.

Como trabalho de conclusão de mestrado (TCM) profissional, o estudo seguiu o caminho metodológico da pesquisa-ação, no qual possibilitou ao pesquisador alcançar o objeto de estudo e aos participantes, por meio de ação planejada, troca de saberes informal-formal, conscientização, possibilidade de mudança de conduta e, consequentemente, melhoria na qualidade da assistência ofertada.

Ressalva que, como supervisora do processo de trabalho dos ACS participantes do estudo, após aplicação da metodologia da pesquisa-ação, observou-se sensibilidade quanto à temática, em especial, na identificação de usuários com sinais e sintomas depressivos. Acredita-se que essa sensibilidade esteja relacionada à ação inserida no processo de investigação do estudo, que concerniu em miniexposições sobre a temática ao fim de cada seminário. Assim, torna-se relevante

que os gestores ofertem oportunidades de ações de educação permanente a essa categoria profissional, visto suas potencialidades e a fragilidade na formação e durante o exercício profissional.

Como limitação, o estudo apresentou a abordagem qualitativa, que mesmo seguindo todo o rigor metodológico, é iminente do método a não generalização dos resultados, correspondendo ao grupo respectivo de participantes ACS.

Este estudo trouxe contribuições efetivas para os profissionais que atuam na ESF, em destaque os ACS, na identificação precoce de pessoas com sinais e sintomas depressivos e, a partir disso, encaminhar esses indivíduos para UBS para diagnóstico, planejamento e implementação de ações no cuidado em saúde mental, com vistas à promoção da saúde e melhor qualidade de vida. Também, servirá como alicerce para elaboração de pesquisas congêneres.

REFERENCIAS

ABREU, K.P.; KOHLRAUSCH, E. R.; LIMA, M. A. D. S. Care of user with suicidal behavior: the view of Health Community Agents – a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 7, n. 3, 2008. Disponívvel em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1715/415>. Acesso em: 25 jun. 2019.

ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 207-221, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

ALMEIDA, S. A. *et al*. Depressão em indivíduos com lesão traumática de medula espinhal com úlcera por pressão. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 282-8, 2013. Diponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2019.

ALONSO, C. M. C.; BEGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 14, p. 1-13, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100502&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2018.

ALONSO, J. A sobrecarga dos transtornos mentais baseado nas pesquisas sobre World Mental Health. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 7-8, 2012.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 9 maio 2018.

ASSUMPÇÃO, G. L. S.; OLIVEIRA, L. A.; SOUZA, M. F. S. Depressão e suicídio: uma correlação. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p.312-333, 2018. Disponível em: <http://200.229.32.55/index.php/pretextos/article/view/15973/13041>. Acesso em: 4 jul. 2018

BAPTISTA, M. N; CUNHA, F. A.; MARQUES, M. A. N. Evidências de estrutura interna da Escala Baptista de Depressão – Versão Idoso (EBADEP-ID). **Psicol. Pesqui.** v. 13, n. 1, p. 76-85, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23808>. Acesso em: 26 jul. 2019.

BARBOSA, D. G. *et al*. Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 221-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

BARROS, M. B. A. *et al*. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2018.

BECK, A. T. *et al*. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry.** v. 4, p. 561-71, 1961. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>. Acesso em: 04 ago. 2019.

BECK, A.T.; STEER, R; BROWN, G. **Manual for the Beck depresion inventoy-II**. Psychological Corporation, 1996.

BERLEZI, E. M. *et al*. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-283, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

BEZERRA, Y. R. N.; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 813-822, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300813&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

BOFMAN, P. R.A importância das publicações científicas. **CogitareEnferm.** v. 17, n. 3, p. 419-21, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29281>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BOING, A. F. *et al*. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. **Rev Saude Publica**. v. 46, n. 4, p. 617-23, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22735271> Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Informe Eletrônico de Legislação em Saúde.** Disponível em: **<**http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 27 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Informe Eletrônico de Legislação em Saúde.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 9 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015, dispõe sobre o Curso

Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. **Informe Eletrônico de Legislação em Saúde.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/prt0243_25_09_2015.html>. Acesso em: 9 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº2436 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G.; SANTOS NETO, P.M. Purpose of work in the Family Health Strategy. **Interface.** Botucatu. v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100077&lng=en>. Acesso em: 17 jun. 2019.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159 - 71, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39n104/159-171/pt>. Acesso em: 6 jul. 2018.

CASELLI, I. *et al.* Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in *DSM-5.* **Psychol Res BehavManag.**, v. 11, n. 10, p. 387-94, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29270035>. Acesso em: 8 jul. 2018.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103581&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

COSTA, M.C. *et al*. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2019.

DA SILVA, A. V.; ROCHA, A.C. Ludoterapia no tratamento terapêutico da depressão infantil: um estudo a partir do pensamento cognitivo-comportamental. **Revista Uningá Review**. v. 28, n. 1, 2018. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1856>. Acesso em: 14 ago. 2018.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2018.

ELWELL-SUTTON, T. *et al*. Socioeconomic position and depression in South African adults with long-term health conditions: a longitudinal study of causal pathways. **Epidemiol Psychiatr Sci.**, Cambridge, v. 28, n. 2, p.199-209, 2019. Disponíivel em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28805174>. Acesso em: 04 ago. 2019.

FARIAS, M. S. *et al*. Uso de psicotrópicos no brasil: uma revisão da literatura. **Biofarm**, v. 12, n. 4, p. 6-10, 2016. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/biofarm/article/view/3226/2331>. Acesso em: 13 jun. 2018.

FERRARI, A. *et al*. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 3, p. 471-81, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22831756> Acesso em: 5 jul. 2018.

FERRAZ, L. *et al*. Drogas e legislação: a ótica de adolescentes rurais. **Conhecimento &Diversidade**, v. 9, n. 19, p. 37-46,2017. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/2954>. Acesso em: 23 ago. 2018.

FERREIRA, M. S.; CARVALHO, M.C.A. Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas consequências. **RIES.** v. 18, n. 2, p.192-201, 2017. Disponível em < http://www.periodicosuniarp.com.br/ries/article/view/1094>. Acesso em: 5 jul. 2018.

FONSECA, F. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n.6, p.41-69, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2019.

FONSECA, K. P, RACHED, D. A. Complicações do diabetes mellitus. **International Journal of Health Management.** v. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <http://ijhmreview.org/ijhmreview/article/download/149/88>. Acesso em: 27 jul. 2019.

FRIED, E. I. *et al*. What are “good” depression symproms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. **J Affect Disord.** v. 1, n. 189, p. 314-20, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26458184>. Acesso em: 26 jul. 2019.

FRIED, E. I. The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. Journal of Affective Disorders. **J Affect Disord**. v. 15, n. 208, p. 191-7, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27792962>. Acesso em: 26 jul. 2019.

FUJII, R. K. *et al*. Prevalence, Awareness, Treatment, and Burden of Major Depressive Disorder: Estimates from the National Health and Wellness Survey in Brazil. **VALUE IN HEALTH REGIONAL ISSUES**. v. 1, n. 2, p. 235-243, 2012. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S2212109912000647/1-s2.0-S2212109912000647-main.pdf?_tid=be4995cf-7361-4870-a715-

0dd0331b60c5&acdnat=1525909023_acb3136888c58eec0c29d9185aeb41a3>. Acesso em: 8 jul. 2018.

GARCIA, A. C. P. *et al*. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO: DO PERFIL ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS. **Trab. educ. saúde.** v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

GASQUE, K.C.G.D. Internet, mídias sociais e as unidades de informação: Foco no ensino-aprendizagem. **Brazilian Journal of Information Studies: Research Trends**. v. 10, n. 2, p. 14-20, 2016. Disponível em: < http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/bjis/article/view/5929 >. Acesso em: 26 jul. 2019.

GUERRA, H. S.; MELO JÚNIOR, C. A. C.; FROTA, Raissa Silva. Educação continuada para agentes comunitários de saúde: uma visão acadêmica. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 101-107, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n28p101/36397>. Acesso em: 23 jul. 2018.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.** v. 23, p. 56-62, 1960. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14399272>. Acesso em: 04 ago. 2019.

HARADA, O. L.; SOARES, M. H. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 315-336, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38719>. Acesso em: 6 mar. 2018.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103575&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2013. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4719#resultado>. Acesso em: 10 mai. 2018.

KENDLER, K. S. *et al*. The centrality of DSM and non-DSM depressive symptoms in Han Chinese women with major depression. **J Affect Disord.,** v. 227, p. 739-744, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29179144>. Acesso em: 04 ago. 2019.

KNIGHT, A. Minhas experiências como editor e autor de revistas de história (com referência particular a Past&Present). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1229-1237, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000401229&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2018.

LACRUZ, M. E. *et al.* Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study. **BMJ Open**, v. 6, n. 1, p. 1-8**,** 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716226/>. Acesso em: 9 mar. 2018.

LIU, Q. *et al*. Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseases in middle-aged and elderly Chinese people. **Sci Rep.**. v. 8, n. 1, p. 3841, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29497126>. Acesso em: 8 jul. 2018.

LUCCHESE, R. *et al*. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2018.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-5). ed. 5 Porto Alegre. **Artmed**, 2014. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2018.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2019.

MASANA, M. F. *et al*. Mediterranean diet and depression among older individuals: The multinational MEDIS study. **Experimental Gerontology**. v. 24, n. 110, p. 67-72, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29775747>. Acesso em: 8 jul. 2018.

MILITÃO, A. **S.O.S**: dinâmicas de grupo. ed. 1. Rio de Janeiro; Qualitymark, 1999. 200 p.

MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; MANGAS, R. M. N. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1393-1404, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401393&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2019.

MINAYO, M.C.S. (Org). **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. ed. 14. São Paulo; Hucitec, 2014. 407 p.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa.** São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 9 jul. 2018.

MOLINA, M. R. A. L. *et al*. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:20 jul. 2018.

MONTEIRO, C. F. S. *et al*. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 167-174, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2018.

MONTEIRO, F. S. C.; SILVA, D. G. S. Intervenções em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão bibliográfica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 11, n. 28, p. 26-37, 2019. Disponível em: <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3960>. Acesso em: 26 jul. 2019.

MOURA, R. F. S; SILVA, C. R, C. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 199-210, 2015a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 993-1010, 2015b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300993&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

MOZ, A. *et al*. Influência da atividade física nos sintomas depressivos de diabéticos e hipertensos. **PsychTech & Health Journal.** v. 2, n. 3, p. 27-38, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/331961474_Influencia_da_atividade_fisica_nos_sintomas_depressivos_de_diabeticos_e_hipertensos>. Acesso em: 26 jul. 2019.

OLIVEIRA, A. B. O. *et al*. Acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial: Revisão Integrativa da Literatura**. Id on Line Rev. Mult. Psic.** v. 13, n. 45 suplemento 1, p. 318-32, 2019. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 26 jul. 2019.

OLIVEIRA, E. C. *et al*. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300210&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2018.

PAIVA, P. C. *et al*. Sofrimento psíquico e a abordagem da comunidade na voz do agente comunitário de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p.139-144, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

PATTEN, M. D. *et al.* Descriptive Epidemiology of Major Depressive Disorder in Canada in 2012. **Can J Psychiatry.** v. 60, n. 1, p. 23-30, 2015. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886546>. Acesso em: 8 jul. 2018.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 940-951, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400940&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. **Appl. Psychol. Meas**. v. 1, p. 385–401, 1977. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014662167700100306>. Acesso em: 04 ago. 2019.

RIQUINHO, D. L. *et al*. O COTIDIANO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ENTRE A DIFICULDADE E A POTÊNCIA. **Trab. educ. saúde**. v. 16, n. 1, p. 163-82, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

RODRIGUES, H. F. *et al*. Ansiedade e depressão em cirurgia cardíaca: diferenças entre sexo e faixa etária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

RODRIGUES, I. E. *et al*. Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre o processo de formação para a atuação profissional. **Investigación Cualitativa en Salud**. v. 2, p. 930-9, 2019. Disponível em: < https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/download/2166/2093 >. Acesso em: Acesso em: 27 jul. 2019.

SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 813-33, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300813&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SALES, J. C. S. *et al*. Feminization of old age and its interface with depression: integrative review. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1840-6, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13564/16352>. Acesso em: 04 ago. 2019.

SAMUDIO, J. L. P. *et al*. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: MULTIPLICIDADE DE ATIVIDADES E FRAGILIZAÇÃO DA FORMAÇÃO. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 745-769, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300745&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SANTANA, V. C.; BURLANDY, L.; MATTOS, R. A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 159-169, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100159&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SANTOS, A. C.; HOPPE, A. S.; KRUG, S. B. F. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2018.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2018.

SANTOS, W. M.; SOUZA, N. S. A árvore do conhecimento como instrumento para a promoção da saúde de adolescentes de um centro de atendimento socioeducativo (CASE). **Revista Contexto & Saúde**, [S.l.], v. 14, n. 26, p. 43-46, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/2509>. Acesso em: 08 jul. 2018.

SCHUCH, F. *et al*. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. **J. Affect. Disord.** v. 210, n. 1**,** p. 139-150, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28033521>. Acesso em: 8 jul. 2018.

SHIDHAYEG, R. *et al*. Association of somatoform disorders with anxiety and depression in women in low-and middle-income countries: a systematic review. **International Review of Psychiatry**. v. 25, n. 1**,** p. 65-76, 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2012.748651>. Acesso em: 8 jul. 2018.

SILVA JUNIOR, R.F. *et al*. O papel do agente comunitário de saúde no atendimento ao portador de transtorno mental. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 8, n. 1, p. 841-45, 2016. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/06_2016.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2018.

SILVA, C. D. D. Depressão na adolescência e o ambiente escolar: sinais de alerta aos educadores. **UNISANTA Humanitas**. v. 7, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unisanta.br/index.php/hum/article/view/817>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SILVA, M. R. *et al*. Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 293-298, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000400293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2019.

SILVA, P.F.; NÓBREGA, M.P.S.S.; OLIVEIRA, E. Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 1, p.112-7, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322201573_Conhecimento_da_equipe_de_enfermagem_e_agentes_comunitarios_sobre_o_comportamento_suicida>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SORATTO, J. *et al*. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 994-999, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600994&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2019.

SOUZA, J. *et al*. Situações de saúde mental nas unidades de saúde da família: percepção dos agentes comunitários de saúde. **Texto contexto-enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 204-11, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100204&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019.

TEIXEIRA, R. A importância da mídia para a saúde da população. **Observatório da imprensa.** São Paulo, 11 set. 2012. Disponível em: <http://observatoriodaimprensa.com.br/jornal-de-debates/_ed711_a_importancia_da_midia_para_a_saude_da_populacao/>. Acesso em: 26 jul. 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. ed. 18. São Paulo: Cortez, 2011.

THWALA, J. D.; SHERWOOD, P. M.; EDWARDS, S. D. Description of philophonetics counselling as expressive therapeutic modality for treating depression. **Ai &Soc**, v. 33, n. 117, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00146-018-0805-0>. Acesso em: 13 ago. 2018.

VANCAMPFORT, D. *et al.* Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. **World Psychiatry**. v. 16, n. 3, p. 308-315, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28941119>. Acesso em: 8 jul. 2018.

WAIDMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2018.

WERNECK, A. O. *et al*. Associations between TV viewing and depressive symptoms among 60,202 Brazilian adults: The Brazilian national health survey. **J AffectDisord.**v. 15, n. 236**,** p. 23-30, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29705400> Acesso em: 8 jul. 2018.

WHITEFORD, H. A. *et al*. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PlosOne**, v. 10, n. 2, p. 1-14, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320057/>. Acesso em: 8 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for 2016**. 1993. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F32>. Acessoem: 9 jul. 2018**.**

_____**. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. 2017. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/>. Acesso em: 8 jul. 2018.

_____.**Depression**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 8 mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

ZIEBOLD, C. et al. Dimensional analysis of depressive, anxious and somatic symptoms presented by primary care patients and their relationship with ICD-11 PHC proposed diagnoses. **Psychol Med.** v. 4, p. 1-8, 2018.Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29860958>. Acesso em: 8 jul. 2018.

APENDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNCIDE A - ATA DA REUNIÃO DE NEGOCIAÇÃO

Ata da Reunião de Negociação com os Participantes

Ata da Reunião de negociação da Pesquisa “Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde”. Aos dezoito dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezenove às nove horas e quarenta minutos na Unidade Básica de Saúde Dr. Henrique Melo Castelo Branco – UBS Vale do Gavião na Rua Projetada, S/N – Residencial Zequinha Freire, CEP: 64069-010, deu-se início aos trabalhos da reunião da pesquisa intitulada: Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes comunitários de saúde. A mesa foi composta pelos membros da equipe de pesquisa: mestranda do curso de Pós- Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Ana Paula Brito Rodrigues; Orientadora e Professora Doutora Jaqueline Carvalho e Silva Sales; equipe de apoio da pesquisa- estudantes do 8 Período do curso de Graduação em Enfermagem da UFPI – Jordana Fonseca Reis e Camila de Oliveira Castelo Branco; e secretariando os trabalhos eu, e Kelly de Holanda e Silva. Após composição da mesa a Mestranda Ana Paula realizou a apresentação da equipe da pesquisa e suas funções. Enfatizou as particularidades da Pesquisa-ação. A seguir, distribuiu bombons de chocolate contendo frases de gratidão aos participantes. A Profa. Dra. Jaqueline Carvalho e Silva Sales falou sobre o Projeto de Pesquisa esclarecendo os objetivos, a metodologia da pesquisa-ação, as finalidades e a importância de cada agente comunitário de saúde como sujeito do estudo, afirmando que através de pesquisas como essa é que a área científica encontra respostas para ajudar nos problemas do ser humano nas áreas da saúde e social. Reforçou também a relevância do tema proposto. A mestranda Ana Paula reforçou as palavras da professora, agradecendo a participação de todos, e realizou

o convite aos presentes a participarem de seu estudo, garantindo que os mesmos serão beneficiados com a pesquisa pela oportunidade de descobrirem quais sinais e sintomas estão relacionados a depressão e o que eles podem fazer para ajudar essas pessoas. Esclareceu a todos a liberdade e a espontânea participação em ser sujeito do estudo, além do anonimato das falas. A seguir, foram acordados os dias e horários para realização dos dois seminários temáticos: dias primeiro e quinze de fevereiro próximo, as nove e meia da manhã, no mesmo local, com duração de uma hora e trinta minutos. Em seguida a professora orientadora fez a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicou a necessidade da autorização dos mesmos por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos e suas implicações legais. Reforçou ainda que os participantes do estudo que desejassem participar poderiam assinar o termo ora lido. Os Agentes comunitários de Saúde que decidiram participar da pesquisa neste primeiro momento foram: catorze. As assinaturas foram colhidas pela mestranda. Após esse momento, um dos participantes sugeriu que fosse confeccionado um material escrito sobre a temática para ser trabalhado na comunidade. Foi esclarecido pela professora orientadora os quatro momentos da pesquisa-ação e relevância do último momento, por se tratar da apresentação dos dados coletados, a devolutiva aos participantes. Os trabalhos foram encerrados às dez horas e quarenta minutos pela orientadora, convocando a todas para participar do primeiro Seminário Temático que tem como tema: Sinais e sintomas depressivos em usuários da ESF, no primeiro dia do mês de fevereiro do corrente ano com início às nove horas e trinta minutos neste mesmo local. Nada mais a relatar eu, Kelly de Holanda e silva, lavrei a presente ata. Teresina/PI, dezenove de janeiro do ano de dois mil e dezenove.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE B – ATA DO I SEMINÁRIO TEMÁTICO

Ata do I Seminário Temático da Pesquisa "Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde".

Ao primeiro dia do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezenove às nove horas e cinquenta minutos na Unidade Básica de Saúde Dr. Henrique Melo Castelo Branco – UBS Vale do Gavião na Rua Projetada, S/N – Residencial Zequinha Freire, CEP: 64069-010, deu-se início aos trabalhos do I Seminário Temático da pesquisa intitulada: Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes comunitários de saúde. A equipe deste Seminário foi composta pela mestranda do curso de Pós- Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Ana Paula Brito Rodrigues, que coordenou o grupo; equipe de apoio da pesquisa- estudantes do 8 Período do curso de Graduação em Enfermagem da UFPI – Jordana Fonseca Reis e Camila de Oliveira Castelo Branco, responsáveis pelos registros fotográficos e gravação, e Kelly de Holanda e Silva, também mestranda do curso de Pós- Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí – UFPI, responsável pelo registro em ata. Após as boas vindas, a Mestranda Ana Paula realizou a apresentação da equipe da pesquisa e suas funções e foi realizada assinatura da lista de frequência. A mestranda explicou a dinâmica a ser realizada, o Brainstorming, que consistiu no lançamento de uma questão norteadora e os participantes tinham 2 minutos para resposta. Foram distribuídos os materiais a serem utilizados. Após esse momento, os participantes foram convidados a apresentarem seus registros em papel. Um dos

participantes sugeriu que todos lessem os seus registros para posteriormente iniciarem suas falas, que foi feita de maneira aleatória.

Após as falas dos participantes foi realizado uma miniexposição. Os trabalhos foram encerrados às onze horas e quarenta minutos pela mestranda, convocando a todas para participar do II Seminário Temático que tem como tema: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades, no dia quinze do mês de fevereiro do corrente ano com início às nove horas e trinta minutos neste mesmo local. Nada mais a relatar eu, Kelly de Holanda e silva, lavrei a presente ata. Teresina/PI, primeiro de fevereiro do ano de dois mil e dezenove.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE C – ATA DO II SEMINÁRIO TEMÁTICO

Ata do II Seminário Temático da pesquisa intitulada "Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde".

Aos quinze dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezenove às nove horas e quarenta e cinco minutos na Unidade Básica de Saúde Dr. Henrique Melo Castelo Branco – UBS Vale do Gavião na Rua Projetada, S/N – Residencial Zequinha Freire, CEP: 64069-010, deu-se início o II Seminário Temático da pesquisa intitulada: Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes comunitários de saúde. A equipe de apoio da pesquisa- estudantes do 8º Período do curso de Graduação em Enfermagem da UFPI – Jordana Fonseca Reis e Camila de Oliveira Castelo Branco, responsáveis pelos registros fotográficos e gravações; e Kelly de Holanda e Silva, responsável pelo registro em ata. A mestranda do curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Ana Paula Brito Rodrigues iniciou os trabalhos dando as boas-vindas aos participantes e dá orientações sobre a dinâmica a ser executada. Para iniciar, lê as questões disparadoras e distribui o material a ser utilizado (revistas, cartolina e cola). Os participantes escolheram suas gravuras e após esse momento iniciaram suas falas respondendo as questões disparadoras. E1 falou sobre as dificuldades de identificar os sinais e sintomas de pessoas que não demonstram e não aceitam a situação e sobre a liberdade de falar sobre o tema e facilidade de obtenção de informações; E2 coloca como facilitador o vínculo e o interesse dos profissionais sobre o assunto e como dificuldades o tempo limitado das pessoas, a automedicação e a autocobrança; E3 falou sobre as facilidades do acesso as famílias, do trabalho conjunto e acesso à informação e como dificuldades a

resistência, dificuldades de falar sobre depressão, isolamento, falta do profissional psicólogo na UBS, falta de conhecimento sobre o assunto e falta de acesso ao tratamento; E4 aponta como facilidade o conhecimento dos sinais e sintomas e como limitador o mascaramento dos sintomas por parte da comunidade; E5 relata sobre a abordagem do tema nas mídias sociais e meios de comunicação e a falta de conhecimento, isolamento das pessoas, falta de investimento e treinamento dos profissionais como um dificultador; E7 falou sobre a relação de tragédias e depressão, importância da religiosidade e como dificultador a falta de profissionais especialistas na área para realizar o diagnóstico e pessoas que não demonstram os sinais de depressão; E8 destaca como um facilitador a abertura com as pessoas para falar sobre o tema e o conhecimento sobre a doença e como um dificultador as própria relações familiares; E9 pontua a facilidade do acesso a informação e o vínculo com a comunidade e a dificuldade de identificar o conflito e o isolamento; E12 reforça que o vínculo e a confiança da comunidade e ACS são facilitadores e que a falta de conhecimento e a dificuldade de acesso as famílias om maior poder aquisitivo são limitadores; E13 também traz a importância da família como parceira na detecção dos casos de depressão como facilitador e o preconceito e conhecimento limitado sobre esta temática como limitador; E14 resgatou a importância do Sistema Único de Saúde como facilitador e a dificuldade de diagnóstico de algumas doenças como dificultador e, por fim, E15 confirma a facilidade de acesso as famílias, o envolvimento da equipe de saúde como potencializadores e o preconceito e resistência de algumas famílias para falar sobre este assunto. Após as exposições dos participantes foi realizado uma miniexposição. Os trabalhos foram encerrados às onze horas e quarenta minutos pela mestranda. Nada mais a relatar eu, Kelly de Holanda e silva, lavrei a presente ata. Teresina/PI, quinze de fevereiro do ano de dois mil e dezenove.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE D – QUADRO SISTEMATIZADOR DO I SEMINÁRIO TEMÁTICO

QUADRO SISTEMATIZADOR DO I SEMINÁRIO TEMÁTICO

Entrevistado	Conhecimento sobre sinais e sintomas depressivos
E1	Refere alguns sinais e sintomas depressivos corretamente como, cansaço, o isolamento, tristeza extrema e vontade de morrer. E acredita que a negação sobre a doença e alegrias extremas podem ser sinais e sintomas depressivos. Brainstorming: Negação, cansaço, isolamento, tristeza extrema, alegria extrema, medo de morrer, vontade de morrer.
E2	Refere que são visíveis, mas difíceis de identificar. Sentimento de tristeza constante, solidão, chorar facilmente e “achar que ninguém se importa com os problemas dela”. Acredita que sinais e sintomas podem estar associados a espiritualidade/religiosidade ou pressões da sociedade. Brainstorming: Sentir triste constantemente, chorar com facilidade, sentir solidão mesmo estando rodeado por pessoas. achar que ninguém se importa com os seus problemas.
E3	Refere que sinais e sintomas depressivos podem se manifestar de maneira diferente conforme o indivíduo, e também nem todos podem ser visíveis, eles podem ser o “isolamento social, perda de vontade de realizar atividades, tristeza sem motivo, choro repentino, falta de motivação, tendência a ser introvertida, baixa autoestima, a pessoa não se acha útil, para ela os problemas superam as possíveis soluções, mudança de comportamento repentino”. Brainstorming: Isolamento social, perda de vontade de realizar atividades, tristeza sem motivo, choro repentino, a pessoa não sente motivação, introversão, baixa autoestima, a pessoa não se sente útil, para ela os problemas superam as possíveis soluções.

E4	Tristeza, raiva, frustração, dentre outros. Relata que a ansiedade é uma fase da depressão. Acredita que os sinais e sintomas depressivos estejam atribuídos a sobrecarga da vida familiar. Brainstorming: Ansiedade, tristeza, emocional frágil, raiva, frustração.
E5	Isolamento, sentimento de solidão, tristeza extrema, estresse e comportamento instável, alteração de humor que podem ser notados com a convivência frequente com o indivíduo. Acredita que os sinais e sintomas depressivos estejam ligados a trauma vivenciados pelo individuo, ou no trabalho ou família. Brainstorming: Isolamento, solidão, tristeza, estresse.
E6	Refere sinais e sintomas depressivos como, tristeza, mau humor, apatia, falta de interação social, isolamento familiar. Ressalva alteração nas atividades executadas pelo indivíduo "ela muda a forma de praticar suas atividades. Ela muda a forma... sei lá... se ela era extrovertida, ela começa a fazer suas atividades com tristeza, começa a colocar pouca energia na atividade". E acredita que a negação da doença também seja um sinal. Brainstorming: Tristeza, mau humor, falta de animo, falta de interação social, isolamento familiar, negativa com situações.
E7	Refere que sinais e sintomas depressivos possam ser identificados pelas expressões corporais e faciais, pois indivíduos apresentam-se apáticos, tristes e chorosos. Relata que os sintomas depressivos são: "baixa autoestima, negativismo, tristeza, desesperança, falta de animo, perca da vontade de viver e angústias". Acredita que os sinais e sintomas depressivos estejam associados a traumas pessoais, profissional ou familiar. Brainstorming: Baixa autoestima, negativismo, tristeza, desesperança, falta de animo, perda de sentido da vida, angústias.
E8	"Tristeza, falar constantemente coisas negativas" Brainstorming: Repetição, tristeza, falar constantemente coisas negativas, baseada em meu trabalho encontro pessoas tomando medicação com frequência e sem necessidade, sem orientação médica o que pra mim caracteriza deficiência ou carência.
E9	Refere o isolamento como sinal predominante, e também tristeza, perseguição, dificuldade em ser aceito e compreendido e ansiedade.

	“Achar que de certa forma o mundo está contra você, nada que você faz é bem-vindo, é aceito, entendeu? Ninguém entende, entendeu?” Acredita que o indivíduo com sinais e sintomas depressivos tem pensamentos alterados dos demais. “essa frustação na cabeça de uma pessoa que ela tenha depressão, ela não é normal, que nem, acho, cada um de nós” Brainstorming: Tristeza profunda, negatividade, isolamento, achar que o mundo está contra você.
E10	Refere que o indivíduo pode apresentar dois ou três sinais e sintomas, sendo os principais: tristeza, choro espontâneo e o isolamento, e também podem apresentar insônia e ausência de apetite. Acredita que sinais e sintomas podem estar associados a espiritualidade/religiosidade ou traumas. Brainstorming: Choro espontâneo, falta de sono, vontade de ficar sozinho, falta de apetite, angústia, tristeza.
E11	Tristeza, angústia, descuido, solidão, ansiedade, vontade de morrer. Brainstorming: Tristeza, angústia, apatia, descuidada, solidão
E12	Sentimento de solidão, tristeza, ansiedade. Isolamento: “elas se fecham, né? ...se fecham a ponto de não pedir ajuda a ninguém”. Brainstorming: Solidão, tristeza, ansiedade.
E13	Pensamentos negativos, desejo de morte, hipersonia e choro constante. Refere sintomas fisiológicos. Ex.: Pressão alta e frequência cardíaca aumentada. Acredita que sinais e sintomas depressivos estejam ligados por acontecimentos no passado do indivíduo ou pressões da sociedade. Brainstorming: Choro, sono, pensamentos negativos, querer se matar, pressão alta.
E14	Os principais sintomas são silêncio, sentimento de solidão e tristeza. Mas também refere “camuflagem dos problemas” e “falta de planos futuros”. E acredita que os sinais e sintomas depressivos podem ser disfarçado pela rotina do indivíduo. Brainstorming: Silêncio, solidão, falta de planos futuros, camuflagem de problemas.

Quadro sistematizador do I seminário: Sinais e sintomas depressivos em usuários da ESF



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE E – QUADRO SISTEMATIZADOR DO II SEMINÁRIO TEMÁTICO

Entrevistado	Limites	Facilidades
E1	Refere grande dificuldade na identificação de indivíduos com sinais e sintomas depressivos pela negação do paciente e da família sobre a doença, e também acredita na camuflagem ou disfarce dos sinais e sintomas da doença pelos indivíduos.	Aumento da informação sobre o tema na televisão e rádios. Entrevistado relata que atualmente é estudante de pós-graduação em saúde da família, e isso tem contribuído no seu trabalho.
E2	Refere que muitos indivíduos não têm tempo para receber o ACS (Acesso). Automedicação sem prescrição médica. Refere dificuldade de identificar, pois acredita ser fruto da imaginação dos pacientes.	O conhecimento sobre o assunto, ser um bom ouvinte e o vínculo com a microárea são facilidades relatadas pelo entrevistado. E acredita que problemas na infância são alerta.
E3	Resistência do próprio indivíduo. Estigma da depressão. Isolamento. Desconhecimento da RAPS “No SUS normalmente, pelo menos que na estratégia saúde da família, só se receita mais é remédio, né? Não tem aquele profissional capaz assim pra atender esse pessoal, psicólogo, psiquiatra, não sei, enfim...” Acesso.	Religião como ponto de apoio, acesso as famílias, meios de comunicação, alcance a informação sobre o tema, em livros e internet são facilidades descritas pelo entrevistado.

E4	Acredita que indivíduos com sinais e sintomas depressivos podem tentar disfarçar esses sinais e sintomas para desenvolver seus trabalhos o que dificulta na identificação deles.	Refere que desde a revolução industrial há uma mudança no estilo de vida dos indivíduos em busca de empregos, sobrecarga de trabalho, excessos de cobranças, descuido com a saúde, falta de tempo para lazer e elevado nível de estresse, refere que indivíduos nesse contexto tem tendência a sinais e sintomas depressivos e consegue identificar os indivíduos dentro da sua micro área.
E5	Carência de conhecimento na temática. Isolamento. O desconhecimento dos familiares sobre a temática gera uma dificuldade de cuidado. Investimento para educação dos profissionais, e que ações educativas sejam compartilhadas com Agentes Comunitários de Saúde.	Refere esforço na busca de informação sobre o tema. A temática vem sendo abordada com frequência em telejornais e rádios.
E6	-	-
E7	Refere que apesar de ter instrução o conhecimento técnico é um limite. E o isolamento dos pacientes.	Refere que a participação nesse estudo tem ajudado a aumentar o conhecimento sobre o tema. Refere que traumas gerados por desastres naturais, acidente, insegurança, problemas de drogadição, mortes, estresse, problemas de gênero são fatores de risco a desenvolver depressão. Refere a fé em um Deus supremo, independente da religião, é um ponto de equilíbrio como fator de prevenção.
E8	Refere o acesso como dificuldade, a indisposição de expor os sentimentos dos pacientes e a rispidez de alguns usuários.	Refere como facilidade a boa comunicação e disposição de expor os sentimentos dos pacientes.
E9	O isolamento dos pacientes. Refere que sinais e sintomas depressivos não são fáceis de enxergar, principalmente o desejo de morte.	Refere como facilidades quando o próprio paciente percebe alterações, ou familiares ou amigos.

E10	-	-
E11	-	-
E12	Acesso a família de poder aquisitivo maior na sua microárea. Desconhecimento sobre a temática	Refere como facilidade a conversa e o vínculo firmado na microárea.
E13	Desconhecimento sobre a temática. Saber ouvir. Resistência dos usuários em falar sobre a doença. Preconceito com a doença depressão.	Refere como facilidade a família como suporte na identificação de alterações e sinais de apatia e estresse.
E14	Refere como dificuldade o tempo dos pacientes para receber a visita do ACS (Acesso). Também refere as comorbidades como dificuldade, em saber qual é a prioridade e como lidar com as doenças. E acredita no disfarce dos sinais e sintomas depressivos pelos pacientes.	Tem a espiritualidade como um ponto de apoio para estar bem e facilita no desenvolvimento do seu trabalho. Refere o SUS como um facilitador na identificação dos sinais e sintomas depressivos, pois ao exercer seu trabalho de ACS tem a ESF como apoio e tem oportunidade de conhecer a RAPS.
E15	Refere dificuldade de acesso a algumas famílias, e o estigma da doença de saúde mental, muitos pacientes não querem que saibam que frequentam psiquiatra e psicólogos.	O acesso, vínculo firmado, o apoio da ESF e já ter vivenciado a doença são facilidades descritas pelo entrevistado.

Quadro sistematizador do II seminário: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades

ANEXOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho através deste lhe convidar para fazer parte desta pesquisa. Cabe a você decidir se quer autorizar ou não sua inclusão como participante. Para melhor esclarecer, participante de pesquisa, de acordo com a Resolução nº. 466/2012, do CNS, é a participante pesquisada, individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de autorizar sua participação como participante de pesquisa, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. **Você poderá recusar sua participação de imediato ou a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.**

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Projeto de Pesquisa intitulado: "**Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde**". Pesquisador Responsável: **Profa. Dra. Jaqueline Carvalho e Silva Sales,** e-mail: jaqueline-carvalho@uol.com.br. Pesquisadora participante: Ana Paula Brito Rodrigues, e-mail: anapaula_phb@hotmail.com.

Os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa serão: estudo com abordagem qualitativa, utilizando estratégia metodológica da pesquisa-ação, que oferece subsídios para planejar e organizar a produção e análise dos dados. Para

produção de dados, serão desenvolvidos dois seminários,com duração estimada em 1 hora e 30 minutos cada, durante o horário do expediente, utilizando técnicas pautadas no Método Criativo Sensível (MCS), que consiste em dinâmicas de criatividade e sensibilidade. Para esta investigação, serão adotadas a dinâmica *Brainstorming* adaptado para forma escrita e recorte e colagem, agregadas a utilização de uma ou mais questões disparadoras específicas para o desenvolvimento de cada seminário. Todos os seminários serão registrados em atas, as falas serão gravadas em aplicativo Gravador para IOS - para posterior transcrição e análise, e, por fim, as produções artísticas serão fotografadas. Para Análise dos dados será realizada a análise temática.

Objetivo geral: Analisar o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos

Objetivos específicos: Descrever o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos; Refletir os limites e possibilidades dos ACS na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

Há compromisso de garantia de acesso em qualquer etapa da pesquisa, pois você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela presente pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Você terá o direito de recusar-se a continuar como participante de pesquisa a qualquer tempo, cabe lembrar que não irá acarretar nenhum ônus ou prejuízo.

Como risco para os participantes poderá haver constrangimento no ato dos seminários, pois os mesmos discorrerão sobre os seus conhecimentos para identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos em seus territórios de atuação. Para minimizar esse risco serão resguardados o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, as dinâmicas e os seminários ocorreram em sala específica para reuniões, com todas as condições necessárias para o desenvolvimento da metodologia da pesquisa-ação, bem como será utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisadora e participantes do estudo.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com benefício direto para os participantes, uma vez que esta metodologia como o

próprio nome denota é uma pesquisa, mas que se propõe a realizar uma ação, além de permitir analisar o conhecimento de ACS para identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos. Entende-se, portanto, que este estudo poderá colaborar tanto pelos aspectos individuais quanto servirá para produção de futuras pesquisas congêneres.

Nome e assinatura do pesquisador responsável:

_____

Profa. Dra. Jaqueline Carvalho e Silva Sales

Pesquisador responsável

Nome e assinatura da pesquisadora participante:

_____

Ana Paula Brito Rodrigues

Pesquisador participante

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu,_____R.G._____ _____,CPF_____,residente_____ _____ fone(s): _____, abaixo assinado, concordo em autorizar minha participação na pesquisa intitulada: "**Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde**". Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim. Declaro, ainda,

que discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo como participante de pesquisa e sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a continuar participando da pesquisa não sofrendo penalidades e/ou prejuízos. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo. Concordo, **voluntariamente**, em participar desta pesquisa.

Teresina, ____ de _____ de 2019.

_____

Assinatura do participante ou responsável

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a pesquisadora PofªDrª Jaqueline Carvalho e Silva Sales – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Departamento de Enfermagem, SG 12, tel.: (86) 3215-5862, e-mail: jaqueline-carvalho@uol.com.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ, CEP: 64.049-550, Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br, web: www.ufpi.br/cep



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXOE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

“Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde”

Roteiro de Seminários:

Data:

Seminário I

Tema: Sinais e sintomas depressivos em usuários da ESF

Ementa: A reflexão sobre sinais e sintomas depressivos é fator fundamental para identificação adequada de usuários com essa problemática e encaminhamento precoce para os profissionais médico e enfermeiro da ESF.

Objetivo: Estimular reflexão e discussão sobre o conhecimento dos participantes acerca da identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos no seu território de atuação.

Dinâmica – Brainstorming

Questão disparadora: Pra você, quais são os sinais e sintomas depressivos?

Brainstorming: Nessa dinâmica a pesquisadora lerá a questão disparadora/tema central e dará 2 minutos para que os participantes registrem em folha colorida e pincel o máximo que puderem escrever sobre o assunto. Após esse momento cada participante deverá apresentar individualmente sua folha, sendo que todas elas ao final formarão um álbum seriado (MILITÃO, 1999).

“Sinais e sintomas depressivos sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde”

Data:

Seminário II

Tema: Identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos: limites e possibilidades

Ementa: O segundo seminário temático enfocará os limites e as possibilidades dos ACS na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos no exercício cotidiano de suas atividades laborais.

Objetivo: Identificar os limites e as possibilidades dos participantes na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos no exercício de suas atividades laborais.

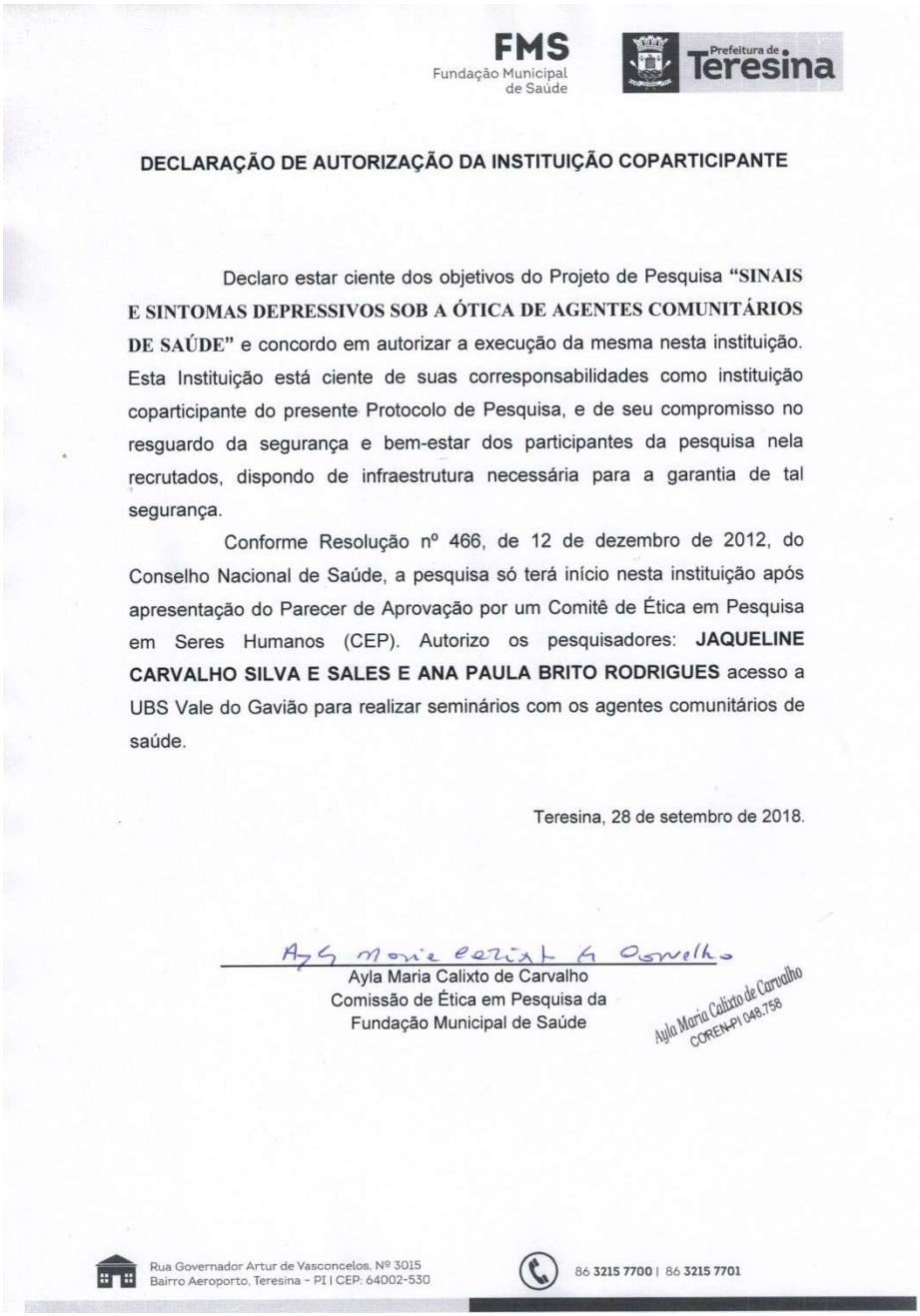
Dinâmica – Recorte e colagem (Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade)

Questões disparadoras: Quais são os seus limites na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos? O que tem facilitado, no seu cotidiano de trabalho, a identificação de indivíduos com sinais e sintomas depressivos?

Serão disponibilizadas cartolinas, revistas, tesouras, colas e canetas hidrográficas para registro das respostas dos participantes. Após esse momento cada participante deverá apresentar individualmente sua cartolina confeccionada (SORATTO *et al*., 2014).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS



FMS Fundação Municipal de Saúde

Prefeitura de Teresina

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **"SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE"** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **JAQUELINE CARVALHO SILVA E SALES E ANA PAULA BRITO RODRIGUES** acesso a UBS Vale do Gavião para realizar seminários com os agentes comunitários de saúde.

Teresina, 28 de setembro de 2018.

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
COREN-PI 048.758

Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530

86 3215 7700 | 86 3215 7701

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – CEP/UFPI

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS SOB A ÓTICA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
Pesquisador: Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 00318818.0.0000.5214
Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.975.812

Apresentação do Projeto:
O protocolo de pesquisa é sobre os sinais e sintomas depressivos e o impacto sobre o humor ou sentimentos das pessoas afetadas. Segundo a pesquisadora responsável são descritos como sentimento de tristeza e de culpa, perda de interesse ou prazer, baixa autoestima, alterações no sono e na alimentação, dificuldade de concentração e sensação de cansaço.
Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio das visitas domiciliares, desenvolvem o trabalho de acompanhar todos os indivíduos e famílias de sua responsabilidade territorial, estabelecem vínculos, acolhem e dialogam, o que torna possível o conhecimento da realidade na qual estas pessoas estão inseridas, o que tem possibilitado a identificação precoce de diversos problemas. Objetiva-se nesse estudo analisar o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos. Trata -se de uma pesquisa qualitativa, que utilizará o método da pesquisa-ação, na qual seguirá três fases: exploratória, desenvolvimento e conclusão. Será desenvolvida em Unidade Básica de Saúde, no município de Teresina, Piauí, Brasil. Participarão do estudo agentes comunitários de saúde, da referida unidade. Trabalhar-se-á com o censo (n=18). Para a produção de dados, serão realizados seminários temáticos pautadas no Método Criativo Sensível, que consiste em dinâmicas de criatividade e sensibilidade, as falas serão gravadas e as produções artísticas fotografadas. Ao final de cada seminário temático haverá uma devolutiva de
saberes formais aos participantes, através do desenvolvimento de atividades educativas.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

Objetivo Secundário:

Descrever o conhecimento do ACS sobre a identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

Reconhecer os limites e possibilidades dos ACS na identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Entende-se como risco para os participantes o possível constrangimento no momento da coleta de dados, pois os mesmos discorrerão sobre os seus conhecimentos para identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos em seus territórios de atuação. Para minimizar esse risco serão resguardados o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, as dinâmicas e os seminários ocorrerão em sala específica para reuniões, com todas as condições necessárias para o desenvolvimento da metodologia da pesquisa-ação, bem como será utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisadora e participantes do estudo.

Benefícios:

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com benefício direto para os participantes, uma vez que esta metodologia como o próprio nome denota é uma pesquisa, mas que se propõe a realizar uma ação, além de permitir analisar o conhecimento de ACS para identificação de pessoas com sinais e sintomas depressivos. Entende-se, portanto, que este estudo poderá colaborar tanto pelos aspectos individuais quanto servirá para produção de futuras pesquisas congêneres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto interessante sobre os Agentes Comunitários de Saúde a depressão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1231675.pdf	04/10/2018 22:35:59		Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.pdf	04/10/2018 22:34:51	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/10/2018 22:34:36	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TrabalhoCompleto.pdf	04/10/2018 22:34:25	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	04/10/2018 22:34:12	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Outros	InstrumentoColetadeDados.pdf	04/10/2018 22:33:54	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoPesquisadores.pdf	04/10/2018 22:33:32	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Outros	LattesOrientadora.pdf	04/10/2018 22:33:19	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/10/2018 22:32:56	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Outros	CartadeEncaminhamento.pdf	04/10/2018 22:32:42	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Outros	AutorizacaoFMS.pdf	04/10/2018 22:32:18	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	04/10/2018 22:31:39	Jaqueline Carvalho e Silva Sales	Aceito

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 2.975.812

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

TERESINA, 22 de Outubro de 2018

Maria do Socorro Ferreira dos Santos

Assinado por:
Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana
Campus Ministro Petrônio Portella/UFPI
Ato da Reitoria nº 1002/18.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br