



OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

THE COMMUNITY HEALTH AGENTS IN IDENTIFYING SYMPTOMS OF DEPRESSION

LOS AGENTES DE SALUD DE LA COMUNIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Tarciana Sampaio Costa¹, Isaac Cabral Sampaio Grangeiro², Raquel Campos de Medeiros³, Milena Nunes Alves de Sousa⁴, Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda⁶

RESUMO

Objetivo: identificar as ações dos agentes comunitários de saúde diante do usuário da Estratégia Saúde da Família com sintomas depressivos. **Método:** estudo de campo, com abordagem qualitativa, realizado com agentes comunitários de saúde, o qual utilizou como instrumento o roteiro de entrevista semiestruturado, de abril a junho de 2010. Os dados empíricos foram analisados pelo emprego da Técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** as principais ações dos Agentes baseavam-se na identificação dos sintomas depressivos e atuação diante da mudança de comportamento pelo trabalho árduo, triste e desanimador. **Conclusão:** os resultados evidenciaram a fragilidade da atuação dos agentes de saúde diante da assistência preventiva da depressão em consequência da inexistência de uma política de saúde mental direcionada aos municípios de pequeno porte. **Descritores:** Saúde Mental; Depressão; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: identifying the actions of community health workers before the user of the Family Health Strategy with depressive symptoms. **Method:** a field study of a qualitative approach conducted with community health workers, which used the instrument as semi-structured interview guide, from April to June 2010. The empirical data were analyzed by the Content Analysis Technique. **Results:** the main actions of agents were based on the identification of depressive symptoms and acting on the change of behavior by hard work, sad and discouraging, sad and disheartening. **Conclusion:** the results showed the fragility of the routine of health workers before preventive care to depression as a result of lack of mental health policy targeted to small municipalities. **Descriptors:** Mental Health; Depression; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: identificar las acciones de los agentes comunitarios de salud en el usuario de la Estrategia Salud de la Familia con síntomas depresivos. **Método:** estudio de campo con un enfoque cualitativo realizado con los trabajadores comunitarios de salud, que utilizan como instrumento de guía de entrevista semiestructurada, de abril a junio de 2010. Los datos empíricos fueron analizados por la Técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** las principales acciones de los agentes se basaban en la identificación de los síntomas depresivos y la actuación delante los cambios de comportamiento por su ardua labor, triste y desalentador. **Conclusión:** los resultados mostraron la fragilidad de la actuación de los agentes de salud delante la atención preventiva a la depresión como resultado de la falta de una política de salud mental enfocada a los municipios pequeños. **Descriptor:** Salud Mental; Depresión; Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: tarcianasampaio@yahoo.com.br; ²Enfermeiro, Especialista em Gestão Pública Municipal, Coordenador de Endemias da Secretaria Municipal da Saúde de Abaiara. Abaiara (CE), Brasil. E-mail: isaacenfermagem@gmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Faculdades Integradas de Patos. Patos (PB), Brasil. E-mail: raquelfip@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutora em Promoção de Saúde, Faculdades Integradas de Patos e Faculdade Santa Maria. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: minualsa@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC. Santo André (SP), Brasil. Docente na Faculdade Santa Maria - Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: ankilmar@hotmail.com; ⁶Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Coordenador do Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A depressão é o transtorno de humor que se apresenta nos dias atuais como um grave problema de saúde pública, evidenciada como a mais comum dentre as doenças mentais. Esse transtorno é frequentemente associado à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde física, causando impacto negativo no cotidiano da pessoa, no trabalho, nas relações familiares e sociais. Em situações mais graves, resulta também em óbito. A depressão pode apresentar níveis como leve, moderado e grave, com ou sem sintomas psicóticos.^{1,2}

A prevalência da depressão na população brasileira é de 18,4%, sendo a maior prevalência encontrada entre os países de renda média e nos ambulatórios de Atenção Primária, em torno de 29,5%. Vale destacar que o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pelo fato de tais pacientes não citarem a depressão como motiva da consulta, direcionando assim, a investigação clínica às comorbidades, como também pela dificuldade da equipe de saúde em reconhecê-la e pela falta de atenção à saúde mental no sistema de saúde primário. Dessa forma, de 50% a 60% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais.¹

Considerando tais lacunas, remete-se ao risco de suicídio com a ocorrência de depressão não diagnosticada e não tratada, acarretando consequências trágicas, uma vez que ela é responsável por riscos significativos de morte, pois cerca de 15% dos pacientes com transtorno de humor cometem suicídio e pelo menos 66% de todos os suicídios são precedidos por depressão. No intuito de evitar danos irreversíveis, essa situação e preocupação em escala nacional vêm demandando a necessidade de abordar a depressão no bojo de programas de saúde pública, exigindo respostas cada vez mais precoces e criativas por parte dos serviços de atenção primária à saúde, fundamentada no diagnóstico precoce aliada a intervenção de uma equipe capacitada e articulada.¹⁻⁴

Estudos nacionais e internacionais ressaltam a importância da comunhão de esforços entre a saúde mental e a Atenção Primária a Saúde, com a principal finalidade de diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos a certos transtornos comportamentais menores e acompanhar os demais casos em suas particularidades.⁵⁻⁷

O Ministério da Saúde propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família devam ser substitutivas ao modelo tradicional, atuando

de forma renovada, evitando práticas arraigadas e criticadas, como a medicalização e a psiquiatrização do sujeito. Adensam-se a articulação da rede de cuidado e rede de suporte social que, em matriciamento intersetorial permanente, possam se constituir na potência da produção de intersetorialidades e transversalidades de saberes, promovendo a integralidade e a construção de um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas.⁸

As necessidades da população adscrita à ESF são identificadas, primeiramente, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), através das visitas domiciliares realizadas mensalmente. Tal profissional detém competências que o torna capaz de fortalecer a integração entre a comunidade e os serviços locais de saúde, configurando-se, portanto, como um profissional fundamental no acompanhamento às pessoas com transtornos mentais. Concorde-se que o ACS é, potencialmente, um ator importante no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no município.⁹

É indiscutível a importância das contribuições que a ESF oferta, bem como a efetiva atuação do ACS como integrante da equipe, contudo, considera-se que o serviço de atenção básica é ainda insipiente no que tange ao atendimento em saúde mental, especificamente na assistência aos portadores de depressão. Deste modo, considera-se relevante a análise dos aspectos que permeiam a depressão na atenção básica. Assim, este estudo objetiva:

- Identificar as ações dos agentes comunitários de saúde diante do usuário da Estratégia Saúde da Família com sintomas depressivos.

MÉTODO

Estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família, do município de Abaiara/CE, duas na zona rural e duas na zona urbana.

A população consistiu-se de 22 ACS, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: tempo de atuação de no mínimo 1 ano e que apresentassem usuários da ESF adscrito na micro área, apresentando sintomas depressivos, em condições de diálogo e domicílio acessível para visitas domiciliares.

A coleta de dados transcorreu de abril a junho de 2010, a partir do contato prévio com os 22 ACS, inseridos nas quatro equipes da

ESF. Solicitou-se dos mesmos a disponibilidade em responder a um roteiro de entrevista semiestruturado a respeito das ações executadas aos usuários da ESF apresentando sintomas depressivos. Neste sentido, a amostragem foi de 100% dos ACS.

Optou-se pela Técnica de Análise de Conteúdo, baseando-se nos discursos dos entrevistados e organizados em categorias de análise adequada aos discursos. A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise dos discursos no intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores por meio da identificação de unidades de registro e significação que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Para tanto, esta análise tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.¹⁰

Consideraram-se as exigências contidas na Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sendo este trabalho aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria, por meio do protocolo de nº 3761209.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram descritos em categorias e quantificados para melhor compreensão e análise do conteúdo. Categorizaram-se os significados e as respostas, os quais expressaram as ações dos ACS na identificação dos usuários da ESF com sintomas depressivos. Ademais, utilizaram-se eixos temáticos para melhor compreensão e visualização dos resultados.

● Eixo temático I - identificando sintomas depressivos

Primeiramente, questionou-se aos ACS se os mesmos se deparavam com alguma pessoa apresentando sintoma de insônia, desesperança, falta de apetite, vontade de desistir de tudo e ficar isolado do mundo. Majoritariamente, vinte (91%) ACS afirmaram encontrar em sua área de abrangência pessoas apresentando tais sintomas depressivos, um (4,5%) ACS identificou pessoas com sintoma de insônia, desesperança, falta de apetite, vontade de desistir de tudo, mas relatou não encontrar alguém que expusesse ou expressasse o desejo de ficar isolado do mundo, e por fim, outro (4,5%) ACS afirmou ter se deparado com pessoas apresentando apenas os sintomas de insônia, desesperança e falta de apetite.

Em seguida, interrogou-se aos mesmos sobre as ações desenvolvidas ao identificar essas pessoas. A primeira categoria do eixo temático I foi Orientar e/ou encaminhar a ESF, independente da intensidade das queixas dos sintomas depressivos.

Observou-se que as práticas de orientação ao lazer e uso de fitoterápicos constituem uma prática mesmo com o acúmulo de insucessos na resolução e no controle.

Encaminhei para a ESF e orientei a tomar chá e evitar café e fumo (Azurita).

A gente orienta a procurar pessoas para conversar e procurar fazer alguma atividade (Alexandrita).

Falei que provavelmente ela tinha algum sintoma depressivo. Infelizmente a gente não tem muito o que fazer por essas pessoas por que o acompanhamento não existe (Topázio).

A gente encaminha para o médico da ESF, mesmo sendo um clínico geral, que é o que a gente tem... muitas vezes quando o problema não é resolvido, agente fica sem saber o que fazer (Turmalina).

Somente encaminho para a ESF porque não temos mais o que fazer (Aventurina).

Encaminho para a ESF, apesar de saber que não temos profissionais preparados para isso (Turquesa).

Encaminho para a ESF, mas ficamos tristes por não poder fazer mais nada, é o fim! (Safira). Encaminhei para a ESF e orientei ela a conversar com a vizinha. Ao marido, orientei que não a deixe sozinha, mas nem sempre ele encontra uma companhia antes de sair para trabalhar, então ele esconde faca, foice por que às vezes ela tenta suicídio, acontece essa fraqueza que ela... têm muitos assim ... (Sodalita).

Os discursos dos sujeitos sugeriram que eram realizadas as mesmas orientações, desde a identificação dos primeiros sintomas até o agravamento dos estados depressivos, não sendo identificado o acréscimo de ações por parte dos ACS. Apesar de demonstrarem preocupação e interesse em ajudar e realizar a prática de modo mais eficaz, as orientações eram limitadas. Percebe-se a carência de capacitação dos ACS, pois apesar de estes usuários apresentarem fortes sintomas sugestivos de depressão, em algumas situações os ACS apresentaram dificuldades para identificá-los.

Corroboram-se que a inclusão da saúde mental na ESF é algo em construção, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na capacitação profissional, na infraestrutura, criando condições que favoreçam articulação da rede de serviços integrada e que atenda às demandas sociais.¹¹

Os ACS identificaram históricos de tentativas de suicídio no domicílio. Sabe-se que o desejo de morte e as ideias de suicídio são sintomas que sugerem o agravamento da depressão. A ausência de tratamento adequado e de atenção à saúde nos estados depressivos tem evidenciado e refletido uma consequência desastrosa, principalmente para a família do deprimido, que é o suicídio. O suicídio, encontra-se como a possível condição das depressões não tratadas.⁶ Para tanto, pacientes apresentando este sintoma devem receber, além do acompanhamento da ESF, tratamento especializado.

A impossibilidade de o ACS ajudar a estas pessoas é motivo de tristeza e angústia para estes, uma vez que acompanham todo o sofrimento das pessoas e, mesmo sendo um profissional da saúde, mesmo sabendo da importância de um tratamento eficaz, mesmo apresentando disponibilidade em ajudar, não encontram apoio, referência, causando sentimento de impotência.

As ações de saúde mental na atenção básica devem ser efetivadas e fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, trabalhando em redes, com base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. A proposta de trabalho para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica direciona e traça um plano de trabalho conjunto com o propósito de promover a saúde mental e prevenir as doenças considerando os Planos Nacionais de Saúde.⁴ Dentre estes, destaca-se as equipes matriciais, uma vez que a partir deste, os ACS teriam toda a equipe atuando, conjuntamente, ou seja, receberiam o apoio indispensável para oferecer uma assistência de qualidade a estes pacientes.

Outros 12 (54,5%) ACS se enquadraram na segunda categoria do eixo temático I, Encaminhar ao especialista, foi constituída por quatro (18,2%) ACS. O médico psiquiatra foi considerado capacitado para realizar o diagnóstico e prescrever o tratamento adequado. Contudo, o município de Abaiara-CE não dispunha deste profissional, sendo estas pessoas instruídas pelos ACS a procurarem por especialistas em municípios vizinhos.

Não existe psiquiatra no município, então nós orientamos a procurar um especialista fora. As pessoas tem que pedir ao prefeito ou secretário o dinheiro para a consulta particular, mas é difícil encontra-los e, além disso, é difícil encontrar uma vaga mesmo sendo particular. Tudo isso é muito difícil (Água-Marinha).

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) contava com a parceria do CAPS do município de Brejo Santo-CE, entretanto a demanda era maior do que a oferta do referido serviço. Assim, tanto o atendimento do CAPS quanto o investimento nas consultas particulares eram limitados.

Outro problema identificado nesta pesquisa remeteu à inexistência do acompanhamento dessas pessoas pelo psiquiatra, uma vez que não havia um acompanhamento do esquema psicofarmacológico deste paciente, motivo pelo qual o paciente permanecia de dois a quatro meses tomando a mesma medicação prescrita, com retorno ao especialista apenas em momentos de crise. Destaca-se que nem sempre esse retorno ocorre ao especialista anteriormente consultado, comprometendo a eficácia do tratamento. Em algumas destas situações de crise, é necessário o encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, localizado na cidade de Crato-CE, pelo médico da ESF. Os discursos demonstraram a situação de cronificação dos usuários.

Geralmente o médico do meu posto tem que mandar internar no Santa Tereza (Obsidiana).

Tem uma paciente que fez uma consulta em Recife e o médico passou uma bateria de medicamentos, mas não dá resultado. Aí, falei para ela que tem voltar ao médico, mas não tem como... (Malaquita).

É notória a inexistência de assistência preventiva e de acompanhamento, práticas essas que evitariam internações psiquiátricas, ocorrência de surtos, crises e garantiriam o controle da doença ou até mesmo uma possível cura, constituindo-se em um grave problema para o município de pequeno porte.

Concorda-se que a ação conjunta entre a saúde mental e a atenção básica é uma necessidade a qual, diante do contingente de pessoas que sofrem com o transtorno comportamental, constituem, hoje, demanda para as equipes da ESF.¹ Contudo, há desafios que precisam ser enfrentados e algumas questões devem ser priorizadas, como qualificar o atendimento, por meio da capacitação, do suporte matricial e da incorporação dos casos de transtornos psíquicos graves à assistência no território. A terceira categoria do eixo temático I, Ajuda Espiritual, foi apontada por três (13,6%) ACS.

Coloco-me a disposição e mostro que a força de vontade de viver vem de Deus (Calcita).

Falei que tenha fé em Deus (Kunzita).

Eu aconselhei a pessoa não se desesperar, ter esperança e fé em Deus (Opala).

A ajuda espiritual foi uma alternativa que os ACS encontraram para ajudar as pessoas de

suas áreas de abrangência que apresentavam sintomas depressivos. Do ponto de vista cultural, a ajuda espiritual é recorrida quando se torna impossível à intervenção humana, seja por carência de recursos, disponibilidade, limites da medicina ou até mesmo acesso, ou seja, quando é esgotada a esperança de um atendimento, de um tratamento, de controle ou cura da doença. Por não encontrar soluções e se deparar com a imensidade de dificuldades e obstáculos, esses ACS recorreram à ajuda divina.

Já no ponto de vista científico, existem evidências consistentes de que a religiosidade seja capaz de prevenir e contribuir para o tratamento e a recuperação de pessoas com transtornos mentais, pois crenças religiosas influenciam no modo como as pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A vivência religiosa pode facilitar a adaptação de pacientes às limitações impostas pela doença, reduzindo os efeitos sobre a ocorrência e a recorrência da depressão.¹²

Em relação à quarta categoria do eixo temático I, Apoio Emocional, citada por três (13,6%) ACS, referiu-se à oferta de palavras de ânimo e ajuda, no intuito de transmitir mensagens positivas, na tentativa de neutralizar a negatividade característica da depressão.

Falei para não desistir dos objetivos e levantar a cabeça, seguir em frente e lutar para não deixar que a tristeza vença (Fluorita).

Falei pra pessoa não pensar em coisas negativas, não se isolar, não pensar em suicídio, tentar se alimentar e tentar dormir (Pedra da Lua).

Constatou-se que os ACS demonstraram dedicação ao trabalho ao procurar diversas formas e maneiras para ajudar as pessoas com sintomas depressivos, mas geraram baixa resolutividade por serem insuficientes para se obter resultados satisfatórios. Considerar práticas de atenção em saúde mental na atenção primária à saúde representa investimento no alcance dos princípios da promoção da saúde e da Reforma Psiquiátrica, enfatizando a possibilidade de assistência integral e a inclusão das pessoas em sofrimento mental em uma rede ampliada de atenção. Para tanto, as lacunas devem ser trabalhadas e os desafios superados, a fim de estabelecer o vínculo ESF/saúde mental na práxis, no intuito de oferecer assistência nesta área nos três níveis de assistência.¹¹

● Eixo temático II - o agir na mudança de comportamento

Foi questionado aos 22 ACS sobre a identificação de alguma pessoa com visível mudança de comportamento, como falando sozinha, agitada, gesticulando, correndo ou andando acelerado. As respostas apontaram que dos 22 ACS, vinte e um (95,5%) afirmaram que encontraram em sua prática diária pessoas apresentando tais sintomas, e apenas um (4,5%) afirmou nunca ter se deparado com alguma pessoa que apresentasse alteração no comportamento, ou que merecesse atenção.

Interrogou-se aos ACS sobre as ações desenvolvidas ao identificar essas pessoas com visível mudança de comportamento. Dos 21 ACS que afirmaram ter encontrado pessoas com mudança de comportamento, dezessete (80,9%) relataram que nada fizeram, integrando a primeira categoria do eixo temático II, Nada Fez, expressando justificativas como: dificuldade na comunicação, apresentação de comportamentos agressivos, medo, não existência de um centro de referência para encaminhá-los no município, pouca instrução e capacitação para proceder.

Relataram ainda que mudaram de calçada ou de rua para não ter que se encontrar com estas pessoas. Quando me deparo com pessoas nessas situações nada faço, pois são muito agressivos, ficam xingando as pessoas, não tem como ter diálogo (Gipsita).

Já tentei conversar, mas não consegui por que tava perturbada, aí num fiz nada (Jaspe). Não faço nada [risos], tenho medo da reação dessa pessoa (Alexandrita). Eu não fiz nada por que tenho medo de chegar até perto [risos] (Kunzita).

Aqui onde agente mora tem muitas pessoas com desequilíbrio mental e ajudamos ao oferecer um café, um prato de comida e água, mas as maiores são causa de medo e são discriminados até pela própria família que não dá o devido acompanhamento, pois não são preparadas para o cuidar do doente mental (Topázio).

Na verdade eu não sei nem o que fazer, por isso não fiz nada, pelo contrário, mudei foi o caminho [risos] (Fluorita).

Eu não faço nada por que no nosso município não tem acolhimento, não tem um profissional para atender a esse tipo de pessoa (Sodalita).

Nada, não pude fazer nada, pois não sabemos nem orientar e é complicado até o encaminhamento de uma pessoa dessa por que agente num tem esse tipo de tratamento (Ônix).

Observou-se a presença do medo, motivo pelo qual esses pacientes são isolados e, mesmo convivendo na comunidade, não se apresentam inseridos nesta, pois as pessoas os evitam, os ignoram, tornando-se invisíveis socialmente, embora exista na comunidade

uma situação de tolerância presumida e evitada. Esse fato agrava-se à medida que se discutem as falas dos ACS ao tornar visível a carência de capacitação por parte dos mesmos, demonstrando inabilidade e incompetência diante de um portador de doença mental.

Os ACS apresentaram discurso de distanciamento das pessoas com transtorno mental, em virtude do medo causado pelo estranhamento frente a determinados comportamentos e a possibilidade de que as pessoas com transtornos mentais sofram descontrole súbito, implicando agressividade e atitudes violentas. Apesar do medo não apresentar experiências concretas que o justifique, este se encontra vinculado à possibilidade de vivenciar tais experiências. Experiências não vivenciadas diretamente, mas compartilhadas através da troca de informações, transmissão de histórias cotidianas vividas por outrem e, mesmo, da observação empírica de experiências de outros sujeitos do seu meio social, contribuem para o fortalecimento do medo relacionado às pessoas com transtornos mentais.⁹

A deficiência na formação em saúde mental dos ACS faz com que os mesmos se anulem diante de um portador de doença mental, uma vez que conhecem a problemática através do contato em sua prática profissional, contudo as estratégias para lidar diante desse panorama são autorreferidas, o que permite a existência e incertezas e dúvidas. Dessa forma, diante da complexidade das situações grave de sofrimento psíquico e do conhecimento limitados dos profissionais que não possuem especialidade na área, o trabalho torna-se ainda mais dificultado e angustiante.¹³

A segunda categoria do eixo temático II, Encaminhar, apontada por três (14,3%) ACS, correspondeu ao encaminhamento como ação realizada ao se identificar pessoas apresentando mudança de comportamento.

Encaminho para o médico da ESF e ele passa um remédio controlado ou encaminha para o Hospital Psiquiátrico e quando volta do hospital não há um acompanhamento da equipe, somente nós agente de saúde é que continuamos visitando. Tem doentes mentais aqui que não sabem nem o que é um psicólogo e um psiquiatra (Aventurina).

Foi evidente o encaminhamento de pessoas em situação de crise pela ESF para o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, localizado na cidade de Crato-CE. Destaca-se que, ao retornar do hospital para o convívio no município, a pessoa não recebe nenhum tipo de acompanhamento. A principal intervenção

realizada pelos profissionais de nível superior da ESF é o encaminhamento para profissionais especializados.

Os resultados obtidos neste estudo assemelham-se aos da pesquisa realizada com indivíduos com idade superior a 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade Católica de Pelotas-RS, ao identificar lacunas na assistência prestada ao sujeito acometido pela depressão. Naquele Município, a alarmante ocorrência de depressão foi encontrada e os resultados indicaram a existência de grande demanda de pacientes psiquiátricos sendo atendidos nos cuidados primários de saúde, sendo estes pacientes subdiagnosticados e são tratados de forma inadequada devido a falta de formação da equipe da ESF, a qual rotineiramente apenas realizam encaminhamento a outros profissionais.¹

A terceira categoria do eixo temático II, orientou procurar a Igreja, foi relatada por um (4,8%) ACS:

Olha, teve um caso em que eu me deparei com uma pessoa desesperada e ao se aproximar eu tive medo por não está esperando e perguntei: Por que tais muito aflito e chorando? E ele disse que a vida dele não tinha mais sentido e que naquele momento ia se matar. Aí eu disse: busque a Jesus Cristo, ele não quer que você se destrua, busque a fé, vá na Igreja, busque o Santíssimo e conte a ele tudo, tudo que está acontecendo. E graças a Deus, se aquela pessoa ia cometer um suicídio naquele momento, Deus falou, por que depois ele veio e disse: Olhe, eu lhe agradeço por me ajudar naquele momento, foi Deus quem te colocou naquele momento. Isso já aconteceu não só com uma pessoa, mas com várias (Calcita).

O uso do apoio espiritual para ajudar a pessoa em situação de enfermidade se apresenta como um recurso cultural para amenizar a problemática gerada pela ausência de serviços em saúde mental, uma vez que as possibilidades de assistência no município são inexistentes, o que motiva muitas pessoas a cometerem o suicídio pela ausência de tratamento adequado.

A religião se apresenta como importante fator protetor contra pensamentos e comportamentos suicidas, uma vez que além desta propiciar uma rede social de apoio, outros mecanismos são propostos para explicar seu efeito protetor contra o suicídio. São eles: crenças na vida após a morte, autoestima e objetivos para a vida, modelos de enfrentamento de crises, significado para as dificuldades da vida, uma hierarquia social

que difere da hierarquia socioeconômica da sociedade, além de desaprovação enfática ao suicídio.¹²

● Eixo temático III - trabalho difícil, triste e desanimador

Indagou-se aos ACS acerca da atuação em uma micro área, na qual existiam pessoas com sintomas de depressão, mas com escassez de recursos e suporte da rede de serviços em saúde mental no município de Abaiara-CE. Dos 22 ACS entrevistados, a maioria, 16 (72%), enquadraram-se na primeira categoria do eixo temático V, Muito Difícil.

É difícil por que você encontra os problemas, ver o sofrimento daquela família e no momento você fica de mãos atadas sem poder fazer nada por aquela família (Água-Marinha).

É horrível, por que a gente ver as pessoas com dificuldade, sofrendo e não tem como ajudar! (Jaspe).

É um sofrimento trabalhar numa população carente, sem acompanhamento e recurso algum voltado para a saúde mental (Alexandrita).

É difícil por que não temos recurso, é distante dos grandes centros, muitas vezes nem carro tem! Nós só temos uma ESF, somente! E mais nada. E aí, fica como Deus quer. É difícil! É muito difícil! Difícil pra agente e para as famílias. Sofre todo mundo! Sofre toda a equipe (Aventurina).

É muito difícil, nós precisamos urgentemente de ajuda, é o momento que nós estamos clamando, pois essas criaturas são seres humanos que precisam estar junto à sociedade, mas que estão se isolando cada vez mais! (Calcita).

É difícil por que necessitamos também de uma enfermeira de apoio especializada em saúde mental e enfermeiras da ESF capacitadas que acompanhe agente nesses casos (Safira).

É chocante esse momento pra agente [silêncio] eu só fico é magoado com essa situação. Precisamos buscar solução para o município, no Estado e na União, o importante é que agente cace um meio de trazer os profissionais para o nosso povo (Sodalita).

É complicado, as pessoas procuram primeiramente agente ACS, não conseguimos resolver o problema e vai aparecendo outros casos, o problema vai ficando velho e mais difícil de cura ou controle e nós ACS ficamos sem credibilidade. Agente ta sozinho no campo na área da saúde mental (Turquesa).

Para mim, eu me sinto inútil por que eu tenho um desejo de fazer um trabalho eficiente e essa assistência é deficiente e contraditória por que nós estamos trabalhando com a saúde e ao mesmo tempo a saúde mental fica de lado. Pra mim é

como se estivesse faltando um pedaço do atendimento (Obsidiana).

Nessas falas, foi possível identificar que o sentimento expresso de inutilidade, uma vez que trabalhar sem condições de exercê-lo com êxito torna-se difícil, inoperante e improdutivo, devido à ausência de investimentos, cujos clínicos são insuficientes e a disponibilidade de atendimentos psiquiátricos é praticamente inexistente. Ressalte-se que em áreas carentes os recursos são escassos, principalmente com relação aos serviços de saúde mental.¹⁴

Diante desse quadro, o trabalho do ACS permanece sem credibilidade para a população. O ACS estabelece uma relação de confiança com a comunidade, esse vínculo possibilita a compreensão dos problemas e das necessidades de saúde das famílias e favorece o reconhecimento de sua intervenção educativa na atenção à saúde dessa população, sendo de suma importância para o trabalho do ACS a conservação desse vínculo de confiança.¹⁵

Enfatiza-se o paradoxo que envolve a resolutividade dos estados depressivos em um município de pequeno porte, de um lado a disponibilidade do médico da ESF em ajudar, do outro a desqualificação em psiquiatria e saúde mental, tornando-o inapto para desempenhar o trabalho com êxito. De uma maneira geral, infere-se que os profissionais de nível superior da equipe da ESF, assim como os ACS, também necessitam de orientação e capacitação em saúde mental, uma vez que estes representam a porta de entrada do sistema de saúde público brasileiro, e recebem uma demanda considerável.

Dentre as lacunas que impedem o trabalho conjunto da ESF e saúde mental, destaca-se a carência dos profissionais da ESF para lidar adequadamente com os problemas da área de saúde mental. Ademais, soma-se a sobrecarga de trabalho no serviço, a ausência de capacitação, a falta de organização dos serviços de saúde mental na rede de atenção psicossocial; falta de interação da equipe com os usuários e familiares, falta de informações a familiares e usuários acerca das políticas públicas de saúde mental, as falhas do sistema de referência e contrarreferência e a falta de direcionamento das políticas públicas municipais com ênfase na atenção à saúde mental no âmbito da atenção básica a saúde.¹⁶

Vale sinalizar que apenas uma pequena parte das pessoas que apresentam sintomas depressivos na atenção básica recebe o tratamento apropriado, e sobre elas, o

estigma pesa de forma significativa¹⁶. Neste sentido, a capacitação dos profissionais da ESF deve ir além da clínica, uma vez que, na depressão a cultura não somente coloca ênfase diferencial em emoções particulares, mas pode designar atribuições específicas para a intensidade de suas experiências¹¹. O melhor entendimento da ocorrência da depressão deverá considerar muito mais do que simplesmente os sintomas expressos pelo paciente.¹¹⁻⁷

Frente ao quadro da assistência à depressão do município de Abaiara-CE que reflete o difícil acesso ao psiquiatra, ingressando involuntariamente no círculo de cronificação provocada pela falta de apoio e incentivo na adesão ao tratamento e acompanhamento, devido aos custos da medicação e as posteriores consultas, elucidase que devem ser considerados os contextos sociais e as forças culturais que modelam o cotidiano, que dão significado às relações interpessoais e eventos na vida. Desta forma, a compreensão da doença deve alcançar também o contexto sociocultural.

A SMS de Abaiara-CE contava com um programa que oferecia medicação de alto custo para a população, mas dentre a documentação exigida, era necessária a prescrição da medicação a cada três meses pelo médico especialista. Portanto, sugere-se a disponibilidade de um médico psiquiatra, como suporte às ESF, assim a população também passaria a ter acesso à medicação gratuita e, conseqüentemente, acesso ao tratamento adequado.

A segunda categoria do eixo temático V, Muito triste, foi apontada por cinco (22,7%) ACS.

É muito triste por que é muito ruim você ver o problema das pessoas, ouvir os desabafos e não ter para onde encaminhar, por que por mais que você faça a sua parte, você escute, se não tiver um profissional, uma pessoa para atender essas pessoas e acompanhar num tratamento não vai adiantar de nada aquelas palavras e o estímulo que o agente de saúde dá (Ametista).

Concorda-se que os profissionais da ESF baseiam suas intervenções nos direcionamentos dados pelo Ministério da Saúde, em programas de atenção específicos.¹¹ Tal afirmação é condizente com os resultados de uma pesquisa realizada em grandes centros urbanos brasileiros, a qual identificou o estabelecimento de prioridades considerando tais programas, com a inexistência de alusão a saúde mental.¹⁸

Há evidências de alta prevalência de demanda em saúde mental na atenção primária no Brasil dentre a população atendida, caracterizada em grande parte por casos de quadros depressivos e ansioso-leves. Além dessa clientela, cabe à unidade de ESF promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situação de risco para o adoecimento mental, atuando em todos os níveis de atenção, desde a promoção até a assistência de casos identificados. Os serviços de saúde devem se estruturar a fim de oferecer respostas perante a procura da clientela.¹¹ Por fim, um (4,6%) ACS se enquadrou na terceira categoria do eixo temático V, qualificando o trabalho como Desânimo.

O sentimento que agente tem é de desânimo. Por eu ter tido problemas depressivos, eu tenho muita vontade de ajudar essas pessoas que também enfrentam essa dificuldade. Se agente pudesse contar com um apoio, um treinamento maior por parte da saúde, dá um acompanhamento maior, ajudar essas famílias a cuidar desses pacientes, orientar mesmo quanto à inserção deles na sociedade e esclarecer algumas coisas que pra agente também é dúvida, seria muito interessante e principalmente um lugar pra encaminhar essas pessoas. Quando a gente fala de depressão, agente sabe que é uma doença que pode ser prevenida e que tem muitas coisas que a gente pode fazer, mas a gente não é treinado pra lidar com essas pessoas e nem pra orientar a família ... (Topázio).

Observou-se que a práxis apontou para a insipiente atuação dos profissionais da ESF na saúde mental. Estudos identificados e analisados em pesquisa apontaram que as ações têm sido baseadas nos encaminhamentos para os demais serviços da rede de atenção, gerando assistência fragmentada e destituída de vínculos entre a clientela atendida e a equipe de saúde. Parte desses entraves deve-se ao pouco preparo desses profissionais para lidar com as questões da saúde mental, advindas desde a formação, assim como a grande demanda da clientela pela qual se responsabilizam no serviço, restando pouco tempo para atenção integral e sensível às necessidades da população. Estas lacunas devem ser trabalhadas desde a graduação com vista a efetivar os ideais da Reforma Psiquiátrica no âmbito da atenção básica.¹¹⁻⁹

Diante da identificação das fragilidades do serviço à saúde mental, na atenção primária, junto aos ACS neste estudo, percebeu-se a necessidade da elaboração e implantação de um Programa da Saúde Mental na Atenção Básica com atuação das três esferas de

governo, federal, estadual e municipal. Neste sentido, as atribuições da Esfera Federal, no programa, diz respeito à criação de indicadores que possibilitem a avaliação das ações anualmente, permitindo o planejamento da assistência executada, como também o acréscimo de incentivo ao Piso da Atenção Básica (PAB), direcionado, especificamente, a investimentos na área da saúde mental. A Esfera Estadual, por sua vez, assumiria a coordenação do programa no Estado, sendo esta vinculada à coordenação da atenção básica já existente.

No que concerne à Esfera Municipal, a atuação estaria direcionada à elaboração, coordenação, execução e avaliação do programa, desde o diagnóstico dos principais problemas identificados no município à eleição das prioridades a serem trabalhadas em prol de sanar a problemática identificada neste estudo. Para tanto, através dos incentivos do PAB, o município contrataria um enfermeiro especialista em saúde mental atuando junto à SMS ao coordenar o programa, promoveria cursos de capacitação para a equipe da ESF e ofereceria apoio aos ACS nas visitas domiciliares aos casos mais agravantes com realização de triagens, encaminhamentos formais e efetivação da referência e contra referência em saúde mental.

A ESF contaria com o apoio dos profissionais psiquiatra e psicólogo para promover ações de promoção, prevenção e acompanhamento em saúde mental. Considera-se necessária e urgente a organização do sistema na atenção primária em saúde mental, permitindo a efetivação de encaminhamentos formais e realização de referência e contra referência em saúde mental, promovendo a prática de atividades preventivas, identificação precoce dos casos, oferta de tratamento em tempo hábil, acompanhamento e consequente redução dos índices de depressão grave e suicídio, dentre outros problemas não discutidos neste estudo.

Como limitação do estudo destaca-se a opinião do participante mediante a entrevista, contudo, os ACS estavam acessíveis e não demonstram dificuldades em responder aos questionamentos do roteiro de entrevista, pois estas se tratavam da sua prática de trabalho.

CONCLUSÃO

O cuidado na atenção primária à saúde entre os casos de depressão deve-se fazer presente, uma vez que nesta, além de ter a prevenção como foco, assume a responsabilidade pela assistência a maioria

dos brasileiros. Enquanto profissional atuante neste cenário, os ACS têm desenvolvido algumas ações diante de pessoas com sintomas depressivos, ou seja, realização de orientações de lazer e chás medicinais, encaminhamentos à equipe da ESF e especialista, oferta de apoio emocional e ajuda espiritual.

Apesar da disponibilidade em realizar um trabalho eficaz com os portadores de sintomas depressivos, os ACS não receberam acompanhamento dos profissionais de nível superior da equipe da ESF e capacitação na área, fazendo com que realizassem ações de maneira desordenada e sem planejamento. Além disso, o município era desprovido de referência e contra referência em saúde mental, fazendo com que as ações dos ACS não surtassem resultado satisfatório.

Tal fato permite a afirmação que o trabalho do ACS junto à população com sintomas depressivos está sendo negligenciado e denuncia o descaso do município de Abaiara nesta área e, provavelmente, em outros que possuem as mesmas características, uma vez que não há uma política de saúde mental direcionada aos municípios pequenos, e os mesmos não dispõem de recursos específicos para investir nesta área.

Para tanto, os resultados deste estudo remete à importância de investimentos no programa de saúde mental na atenção básica, proporcionando a organização do sistema, permitindo a efetivação de encaminhamentos formais e realização de referência e contra referência em saúde mental, promovendo a prática de atividades preventivas, identificação precoce dos casos e oferta de tratamento em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

1. Molina MRAL, CD Wiener, JC Branco, K Jansen, LDM Souza, E Tomasi, RA Silva, RT Pinheiro. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev Psiq Clín [internet]. 2012 [cited 2012 June 12];39(6):194-7. Available form: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003.
2. Martin D, Cacozi A, Macedo T, Andreoli SB. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. Interface - Comunic., Saude, Educ. [internet] 2012 [cited 2013 Feb 12];16(43):885-99. Available form: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000400003&script=sci_arttext.
3. Tran T, Luo W, Phung D, Harvey R, Berk M, Kennedy RL, Venkatesh S. Risk stratification

using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments. Tran et al. BMC Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 20];14:76. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/76>.

4. Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2011 [cited 2014 Jan 4];19(2):[about 6 screens]. Available form:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_17.pdf.

5. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev J Bras Psiquiatr [internet]. 2010 [cited 2014 Jan 25];59(3):190-197. Available form:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300004

6. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. Rev Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan];18(10):2985-2994. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000023&script=sci_arttext.

7. Amoran O E, Ogunsemi O O, Lasebikan V O. Assessment of mental disorders using the patient health questionnaire as a general screening tool in western Nigeria: A community-based study. J Neurosci Rural Pract [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 20];3:6-11. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22346182>.

8. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde [Internet]. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental 2013. [cited 2015 Feb 23]. Available from:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf.

9. Barros MMMA, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(1):227-32.

10. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4th ed. Lisboa: Edições 70; 2008.

11. Martins AKL, Braga VAB, Souza AMA. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. Rev Rene [Internet]. 2009 [cited 2012 Feb];10(4):165-72. Available from:

<http://www.revistarene.ufc.br/10.4/pdf/v10n4a18.pdf>.

12. Almeida AM, Stroppa A. Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. Rev Psiq Clin [internet]. 2009 [cited 2012 Feb 20];36(5):190-6. Available from:

<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>.

13. Harada OL, Soares MH. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 20];6(2):315-36. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38719>.

14. Ferreira PCS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. Rev Esc Enferm [internet]. 2013 [cited 2015 Jan 24];47(2):401-7. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200018.

15. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Souza MA, Siqueira KM. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos Agentes Comunitários de Saúde. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2009 [cited 2011 Jan 24];17(1):75-80. Available from:

<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a013.pdf>.

16. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. Rev Saúde Debate [internet]. 2014 [cited 2015 July 14];38(101):368-78. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0368.pdf>.

17. Petterson S, Miller BF, Payne-Murphy JC. Mental Health Treatment in the Primary Care Setting: Patterns and Pathways. Families, Systems e Health [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 25], 32(2):157-166. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24773273>.

18. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas Assistenciais das Equipes de Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. Ciênc Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2012 June 12]. Available from:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo=7863>.

19. Santos RCA, Fernandes RL, Costa TS, Miranda FAN. Experiências iniciais da docência no campo da saúde mental: uma quebra de (pre)conceitos. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 12];5(10):2572-9. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php>

Submissão: 02/03/2015

Aceito: 20/09/2015

Publicado: 01/11/2015

Correspondência

Tarciana Sampaio Costa

Rua Leonir Rufino, 674

Bairro São Francisco

CEP 63260-000 – Brejo Santo (CE), Brasil