



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TARCIANA SAMPAIO COSTA

**AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DO USUÁRIO
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ESTADOS DEPRESSIVOS DO
MUNICÍPIO DE ABAIARA-CE-BR**

NATAL - RN
2010

TARCIANA SAMPAIO COSTA

**AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DO USUÁRIO
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ESTADOS DEPRESSIVOS DO
MUNICÍPIO DE ABAIARA-CE-BR**

Dissertação apresentada à banca de defesa para avaliação, inserida na área de concentração Enfermagem na Assistência à Saúde como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Saúde Mental e Coletiva

Grupo de Pesquisa Ações Promocionais e de Assistência a Grupos Humanos em Saúde Mental e Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

NATAL - RN
2010

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN/
Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

C837a Costa, Tarciana Sampaio.

Ações dos agentes comunitários de saúde diante do usuário da estratégia saúde da família com estados depressivos no Município de Abaiara-CE-BR / .
Tarciana Sampaio Costa.– Natal, 2010.

159 f. : il.

Orientador: Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Saúde mental - Dissertação. 2. Depressão - Dissertação. 3. Sistema Único de Saúde - Dissertação. 4. Atenção primária à saúde - Dissertação. 5. Enfermagem. I. Miranda, Francisco Arnaldo Nunes de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 616.89(043.3)

Tarciana Sampaio Costa

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Assistência à Saúde, Linha de Pesquisa Enfermagem na saúde mental e coletiva, Grupo Ações Promocionais e de Atenção à Saúde Mental e Coletiva, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/2010

Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Orientador

Departamento de Enfermagem da UFRN

Profa. Dra. Francisca Lucélia Ribeiro de Farias

Avaliadora Externa

Departamento de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Profa. Dra. Francis Solange Vieira Tourinho

Avaliadora Interna

Departamento de Enfermagem da UFRN

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders

Avaliadora Interna

Departamento de Enfermagem da UFRN

Primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seria possível e não estaria aqui desfrutando desde momento crucial na minha vida.

Aos meus pais, Tarcizo e Fátima, pelo esforço, pela dedicação e pelo incentivo em todos os momentos desta e de outras caminhadas. Vocês são responsáveis pela concretização da minha formação.

Ao meu querido orientador Prof Arnoldo, por ter acreditado em mim desde o primeiro momento, por guiar meus passos na pesquisa, pela dedicação em cada orientação e por ter despertado em mim a paixão pelo trabalho em saúde mental.

Agradecimentos

A Deus, pela presença constante em minha vida. Por sempre providenciar o melhor, por ser meu guia, por ter me protegido em todas as viagens com destino a Natal para cursar o mestrado, livrando-me de assaltos, roubos e acidentes e por me manter perseverante, não me deixando abater diante das dificuldades.

Aos meus pais, Tarcizo Rufino da Costa e Maria de Fátima Sampaio Costa, pelo estímulo e apoio incondicional desde a primeira hora, por serem as pessoas que mais amo nessa vida e por abdicarem dos seus sonhos para que os meus se realizem. A vocês, paiinho e mainha, meu agradecimento especial.

Ao meu irmão Tarcizo Rufino da Costa Filho, pessoa que representa a união nos momentos de dificuldades.

A minha família, por todo o carinho e pelas orações que sempre ajudaram a manter limpo o meu caminho.

Ao Prof Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, mais que um orientador, um pai que sempre se preocupou comigo nas mais diversas situações, que me orientou, trazendo-me cada vez mais experiência e amadurecimento, por me fazer a sua ninfa gato e por me proporcionar momentos de formação moral no trabalho em pesquisa.

Às minhas amigas-irmãs Rafaela Leite Fernandes e Raionara Cristina de Araújo Santos, pelos anos de convivência e companheirismo, por termos dividido alegrias e tristezas, por terem me mostrado o que é poder contar com amigas nos momentos de dificuldades, por terem me acolhido em suas casas quando precisei e pelo elo de amizade criado para ser preservado durante toda a vida.

A minha amiga-irmã e companheira de viagens Arieli Rodrigues Nobrega, por ter tornado a pesada caminhada leve apenas pelo fato de estar ao meu lado, pela continuidade e fortalecimento da nossa amizade iniciada na graduação e por significar um exemplo de amizade que nem a distância será capaz de nos separar.

A minha amiga e orientadora da graduação Prof Tatiana Cristina Vasconcelos, pessoa esta que me ensinou os primeiros passos na academia, sendo responsável por despertar em mim a paixão pela pesquisa e por me fazer pesquisadora. Além de professora, foi uma amiga com quem interagi durante anos e com quem participei de lutas que me trouxeram cada vez mais experiência e amadurecimento. Tia Taty, o sonho do mestrado se torna hoje uma realidade em minha vida, graças aos seus primeiros ensinamentos, serei eternamente grata!

A minha querida turma do mestrado, pelos anos de convivência, aprendizado, união e cumplicidade, em que todos possuíam um só objetivo: aprender a aprender.

A minha prima e secretária municipal da saúde de Abaiara Jeovanna Tavares Sampaio, pela confiança no meu trabalho como enfermeira e por oferecer condições de cursar o mestrado, ajudando-me em todos os momentos de dificuldades.

A toda a equipe da secretaria municipal da saúde de Abaiara, em especial a Haneide Maria Leite Mendonça Landin, pela companhia, escuta e ensinamentos, e a Alessa Rodrigues, Rafaela Sampaio e Maria Leide Ludugério, pelo apoio e ajuda nas atividades burocráticas nos momentos em que estive distante para cursar o mestrado.

A Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por me proporcionarem momentos de aprendizado que serão úteis para o resto da minha vida.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, pelas valiosas contribuições responsáveis pelo engrandecimento deste trabalho.

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e sinceridade nas suas respostas e por fazerem reais os resultados aqui apresentados.

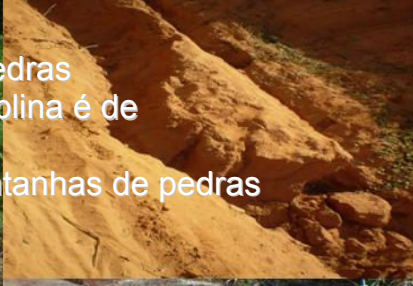
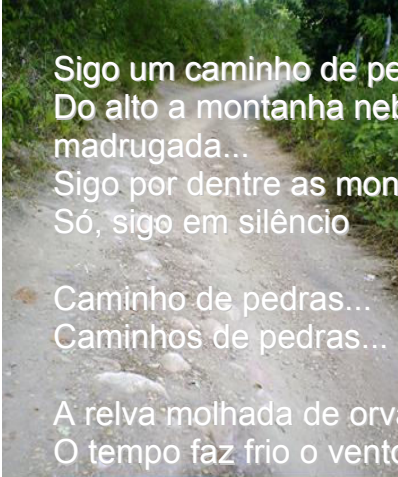
Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, os meus verdadeiros agradecimentos!



*O caminho pedregoso existe para ser
enfrentado e superado, eis a nossa
responsabilidade humana e profissional.*

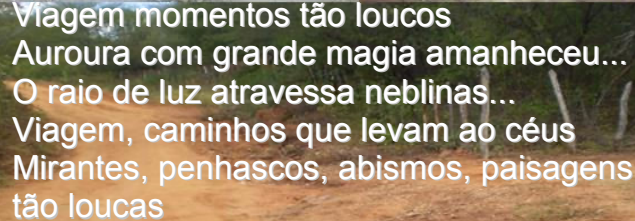

Tarciana Sampaio Costa

Caminho de Pedras



Sigo um caminho de pedras
Do alto a montanha neblina é de
madrugada...
Sigo por dentre as montanhas de pedras
Só, sigo em silêncio

Caminho de pedras...
Caminhos de pedras...



A relva molhada de orvalho
O tempo faz frio o vento é tão forte
Viagem momentos tão loucos
Aurora com grande magia amanheceu...
O raio de luz atravessa neblinas...
Viagem, caminhos que levam ao céus
Mirantes, penhascos, abismos, paisagens
tão loucas

Caminho de pedras...
Caminhos de pedras...



Sigo um caminho de pedras
Do alto a montanha neblinas é de
madrugada.

Composição: Ventania

COSTA, T. S. **Ações dos agentes comunitários de saúde diante do usuário da Estratégia Saúde da Família com estados depressivos no município de Abaiara/CE/BR.** 2010. 161fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2010.

RESUMO

A assistência pública à saúde brasileira perpassa por duas Reformas, a Sanitária e a Psiquiátrica, e através destas garante-se a assistência nos três níveis: primária, secundária e terciária. Neste sentido, a assistência à saúde mental deve ser prestada desde os cuidados preventivos até os que exigem maior aparato tecnológico. Programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/ Estratégia Saúde da Família (ESF), além de ampliarem a cobertura de serviços, têm possibilitado reorientações do sistema no sentido da integralidade, universalização e equidade. Assim, a intervenção conjunta da equipe em saúde mental e a ESF podem oferecer diversos benefícios à população, proporcionando assistência e acompanhamento aos portadores de transtorno mental. Desse modo, objetivou-se avaliar as ações dos agentes comunitários de saúde diante do usuário da Estratégia Saúde da Família com estados depressivos. Este estudo do tipo quanti-qualitativo, realizou-se no município de Abaiara-CE. Aplicou-se a entrevista semiestruturada com os agentes comunitários de saúde e o Inquérito de Beck aos usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Verificou-se que dentre os 64 usuários entrevistados, 12,5% não apresentaram sintomas depressivos, 10,9% sintomas de depressão leve, 14,1% sintomas de depressão moderada e 62,5% sintomas de depressão grave. Os 22 agentes comunitários de saúde entrevistados relataram a existência de pessoas com sintomas depressivos em suas micro áreas e destacaram a dificuldade em atuar junto a esta clientela, pois para eles a equipe da ESF não se encontrava capacitada para lidar com problemas de saúde mental. Constatou-se que o Município não dispunha de profissional especializado, o que dificultava o encaminhamento e tratamento. Com base nestes resultados, concluiu-se que apesar da articulação da saúde mental com a ESF ser necessária e benfeitora à população, esta ainda é inexistente, agravando a situação, principalmente em municípios de pequeno porte, uma vez que estes não dispõem de serviços de saúde mental. Assim, a população permanece exposta e sem acompanhamento, o que permite a identificação de doenças instaladas e com gravidade, como a depressão, por não haver atividades de prevenção e controle. Recomenda-se a elaboração e implantação de um programa de saúde mental nestes municípios, de forma articulada com a ESF.

Palavras-chave: Saúde Mental. Depressão. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

COSTA, T. S. **Actions of health community agents to the user of the Family Health Strategy in depressive state in the municipal district of Abaiara/CE/BR. 2010.** 161 pages. Dissertation (Master's degree) – Nursing Post-graduation Program, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2010.

ABSTRACT

Brazilian health public assistance is going through two Reforms, Sanitary and Psychiatric, and through these the assistance is guaranteed in the three levels: primary, secondary and tertiary. Thus, mental health assistance should be offered since preventive cares until the ones that demand larger technological apparatus. Programs like Health Community Agent's Program (HCAP) and Family Health Strategy (FHS), besides increasing the services coverage, have been making possible the system reorientation in the meaning of integrality, universalization and equity. Thus, united intervention of mental health team and FHS can offer several benefits to the population, providing assistance and follow-up to patients with mental disorder. It was aimed to assess health community agents facing the user of Family Health Strategy in depressive state. This quanti-qualitative study took place in the municipal district of Abaiara-CE. Semi-structured interview was applied with health community agents and Beck Depression Inventory with the users registered in Family Health Strategy. It was verified that among the 64 users interviewed, 12.5% didn't present symptoms of depression, 10.9% presented symptoms of light depression, 14.1% symptoms of moderate depression and 62.5% symptoms of serious depression. For the 22 health community agents interviewed, they all reported the existence of people with symptoms of depression in their personal micro-areas, being difficult to work with them, once the FHS team is not qualified to work with mental health problems. It was verified that the Municipal district doesn't have specialized professionals, making difficult the routing and treatment. Based on these results, it was concluded that in spite of the articulation of mental health with FHS is necessary and benefactor to the population, it still doesn't exist, worsening the situation, mainly in small Municipal districts, once they don't have mental health services. Thus, the population is exposed and without follow-up, which allows the identification of installed diseases and with gravity, like depression, because there are no prevention and control activities. It is recommended, due the extreme need, the elaboration and implantation of a mental health program in these municipal districts, articulated with FHS.

Keywords: Mental Health. Depression. Single Health System. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo da Estratégia Exploratória Seqüencial.....	63
Figura 2 – Denominação das pedras por ACS seguido por gravura.....	64
Figura 3 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por Estratégia Saúde da Família.....	69
Figura 4 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto Grau de Escolaridade.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à faixa-etária.....	67
Tabela 2 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao sexo e estado civil.....	68
Tabela 3 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao tempo de trabalho.....	70
Tabela 4 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Tristeza.....	72
Tabela 5 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Insônia, Falta de Apetite e Sentimento de Tristeza.....	78
Tabela 6 – Integração das Frequências e Percentuais da Categoria Encaminhar a ESF expressa nas Tabelas 4 e 5.....	81
Tabela 7 – Frequência e Percentual da Identificação de Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Insônia, Desesperança, Falta de Apetite, Vontade de desistir de tudo e Ficar isolado do mundo pelos Agentes Comunitários de Saúde.....	84
Tabela 8 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Insônia, Desesperança, Falta de Apetite, Vontade de desistir de tudo e Ficar isolado do mundo.....	85
Tabela 9 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar pessoas com mudança de comportamento.....	93
Tabela 10 – Frequência e Percentual da descrição do trabalho dos Agentes de Saúde ao atuar numa microárea onde existem pessoas com sinais de depressão e não ter no Município uma ação específica que trate de tal problemática.....	97
Tabela 11 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto à Faixa-etária.....	105
Tabela 12 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto ao Estado Civil.....	108
Tabela 13 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto a Profissão.....	109
Tabela 14 – Distribuição dos usuários da Estratégia Saúde da Família com sintomas depressivos por ACS.....	110

Tabela 15 – Afirmativa do Inquérito de Beck 1.....	111
Tabela 16 – Afirmativa do Inquérito de Beck 2.....	112
Tabela 17 – Afirmativa do Inquérito de Beck 3.....	113
Tabela 18 – Afirmativa do Inquérito de Beck 4.....	114
Tabela 19 – Afirmativa do Inquérito de Beck 5.....	114
Tabela 20 – Afirmativa do Inquérito de Beck 6.....	115
Tabela 21 – Afirmativa do Inquérito de Beck 7.....	116
Tabela 22 – Afirmativa do Inquérito de Beck 8.....	116
Tabela 23 – Afirmativa do Inquérito de Beck 9.....	117
Tabela 24 – Afirmativa do Inquérito de Beck 10.....	118
Tabela 25 – Afirmativa do Inquérito de Beck 11.....	119
Tabela 26 – Afirmativa do Inquérito de Beck 12.....	120
Tabela 27 – Afirmativa do Inquérito de Beck 13.....	120
Tabela 28 – Afirmativa do Inquérito de Beck 14.....	121
Tabela 29 – Afirmativa do Inquérito de Beck 15.....	122
Tabela 30 – Afirmativa do Inquérito de Beck 16.....	122
Tabela 31 – Afirmativa do Inquérito de Beck 17.....	123
Tabela 32 – Afirmativa do Inquérito de Beck 18.....	124
Tabela 33 – Afirmativa do Inquérito de Beck 19.....	124
Tabela 34 – Afirmativa do Inquérito de Beck 20.....	125
Tabela 35 – Afirmativa do Inquérito de Beck 21.....	126
Tabela 36 – Avaliação Final do Inquérito de Beck.....	126

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

FSM – Faculdade Santa Maria

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Programa de Agentes de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISNEP – Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UECE – Universidade Estadual do Ceará

USF – Unidade Saúde da Família

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 GERAL.....	30
2.2 ESPECÍFICO.....	30
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	32
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	32
3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	37
3.2.1 A Reforma Psiquiátrica.....	37
3.2.2 A saúde mental na Estratégia Saúde da Família.....	40
3.3 ASPECTOS REVISIONAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	47
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	57
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	57
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	57
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	58
4.4 INSTRUMENTOS.....	59
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	61
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	62
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	65
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	67
5.2 CATEGORIZAÇÃO DOS DISCURSOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA DEPRESSÃO NO MUNICÍPIO DE ABAIARA.....	71
5.2.1 Eixo Temático I – Reconhecendo a Tristeza.....	71
5.2.2 Eixo Temático II – Orientar e Encaminhar.....	78
5.2.3 Eixo Temático III – Reconhecendo a Gravidade dos Sintomas.....	83
5.2.4 Eixo Temático IV – O Agir na Mudança de Comportamento.....	92
5.2.5 Eixo Temático V – Trabalho Difícil, Triste e Desanimador.....	97
5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APRESENTANDO SINTOMAS DEPRESSIVOS	105
5.4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS CAPTADOS COM O AUXÍLIO DO INQUÉRITO DE BECK APLICADO AOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	111
5.5 INTEGRAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132

ENFRENTANDO O CAMINHO PEDREGOSO.....	134
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICES.....	146
ANEXOS.....	151



Fonte: fotografia obtida na pesquisa.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A assistência pública à saúde brasileira perpassa por vários períodos históricos e marcantes, nos quais definem os direitos do cidadão brasileiro, bem como o dever e a responsabilidade do Estado neste âmbito. Assim, movimentos populares têm contribuído para tal efetivação, um deles foi a Reforma Sanitária Brasileira, que resultou no direito dos brasileiros à assistência pública de saúde, priorizando a prevenção em detrimento da hospitalização.

Neste sentido, através desta, o Brasil redefiniu sua política pública de saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurado pela Constituição Federal de 1988. Garantiu o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para assistência à saúde, objetivando o cuidar e a promoção de toda a população nos três níveis de assistência: primária, secundária e terciária (BRASIL, 2009a; NORONHA, 2008; SOARES, 2008). Neste aspecto, o SUS assumiu a responsabilidade pela assistência à saúde de milhões de brasileiros (PAIM, 2006).

Adensou-se um outro movimento de igual relevância e que teve transcurso paralelo à Reforma Sanitária em um dado momento, diz respeito à Reforma Psiquiátrica, na qual propôs, dentre seus objetivos, a diminuição de leitos hospitalares no intuito de priorizar o acompanhamento de pacientes psiquiátricos no seio familiar, uma vez que a socialização se mostra necessária para a eficácia do tratamento e desenvolvimento pessoal, além da garantia dos direitos humanos.

Ambas as reformas, sanitária e psiquiátrica, foram permeadas pela visão holística do ser humano, que considera este, de forma integral, contrapondo-se ao modelo biomédico centrado nos aspectos biológicos e que desconsidera os fatores psicossociais. Nesta perspectiva flexneriana, a compartimentalização da assistência, torna-a restrita e ineficaz. Neste sentido, diante das propostas das duas reformas, a assistência à saúde mental deve estar baseada na visão holística, com o foco na prevenção e socialização do portador de transtornos mentais¹. Recorta-se nesta área de conhecimento a problemática relativa à depressão, por sua frequência e passividade de prevenção, no paradigma da

¹ Para este estudo, consideraram-se os termos “transtornos mentais”, “transtornos psíquicos” e “loucura” como unitermos, independentes da corrente que os explica.

promoção da saúde, uma vez que este, segundo Santos; Westphal (1999) refere-se a ações exercidas sobre os condicionantes e determinantes e que estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações.

A palavra depressão no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (as). Frequentemente, associa-se a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Nos dias atuais, é uma problemática constante (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; MATTAR *et al.*, 2007).

A depressão se apresenta como uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Estima-se que em 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo. Atualmente, as estimativas são da ordem de 15% a 30% para a população adulta com depressão clinicamente significativa em algum momento de sua vida, dos quais 12% necessitam de cuidados constantes em saúde mental e outros 3% de cuidados diários em saúde mental, uma vez que 15% dos casos graves resultam em suicídio (DELGADO, 2008; MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007; PELUSO; BLAY, 2008).

A prevalência estimada em homens é de 7% a 12%, em mulheres, 20% a 25% e nos ambulatórios de Atenção Primária em torno de 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem, cita como motivo da consulta, sendo que em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais. Logo, reconhece-se que a depressão merece uma atenção maior das políticas públicas em saúde (ARANTES, 2007; LIMA; MIGOTT, 2003; SANTOS; LOPES, 2007).

Essa situação e preocupação em escala mundial vêm demandando a necessidade de abordar a depressão no bojo de programas de saúde pública, voltados para a população através de políticas de saúde mental direcionadas para a atenção básica, uma vez que esta atua com vista à prevenção e promoção da saúde, de modo a evitar o agravamento da doença e conseqüente hospitalização.

Contudo, considera-se que nem sempre a atenção básica apresenta condições para se articular com a saúde mental. Por esta razão, de forma sintética, o Ministério da Saúde vem estimulando, ativamente, as políticas de expansão, a formulação e avaliação da atenção básica, as diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental (BRASIL, 2005). Entretanto, observa-se nas práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar da visualização e acesso do Ministério da Saúde

para esta necessidade, um notório distanciamento das ações que direcionam a assistência em saúde mental. Esse cenário apresenta-se como um desafio, cujas barreiras envolvem diversos fatores, tornando-se necessário e urgente a efetivação interfaceada das duas grandes reformas, a Psiquiátrica e a Sanitária.

A intervenção conjunta da equipe em saúde mental e a ESF oferece diversos benefícios à população ao proporcionar além da assistência e do acompanhamento aos portadores de transtorno mental orientações e meios terapêuticos para prevenir tais transtornos, circunscrevendo a saúde mental em seu contexto ampliado equivalente ao estilo e à qualidade de vida da população.

A política nacional para portadores de doença mental disponibiliza algumas estratégias com base territorial, sendo estas o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que para serem implantados baseiam-se no número de habitantes, na área territorial e quantidade de equipes da ESF implantadas no município, reguladas pelas portarias ministeriais Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, respectivamente.

No que diz respeito ao NASF, considera-se como número de habitantes os municípios com densidade populacional a partir de 100.000 habitantes que podem implantar o NASF I e os municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF II.

Em relação à implantação do CAPS, pondera-se o tipo e a densidade populacional. Para o CAPS I, está definida densidade populacional entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III acima de 200.000 habitantes, CAPS I II para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes e CAPS ad II para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

No que se refere à quantidade de equipes da ESF implantadas no município, cada NASF I deve realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, oito Equipes de Saúde da Família, e a no máximo a 20 Equipes de Saúde da Família. Já a NASF II deve realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, três Equipes de Saúde da Família.

Estes requisitos ministeriais impedem a sua implantação em municípios de pequeno porte comprometendo a saúde mental no contexto da atenção primária e, portanto a mercê da Reforma Psiquiátrica, ocasionando o atendimento especializado, a medicalização e a psiquiatrização.

Concorda-se com Coimbra *et al.* (2005) que nos municípios que não dispõem de CAPS e até mesmo de NASF, a ESF deveria estar preparada para assistir a esta demanda. Para planejar, coordenar e executar tais atividades nestes municípios, é de fundamental importância um profissional da saúde na área de saúde mental, representando apoio à ESF, uma vez que não há a possibilidade de uma equipe para estes municípios pequenos.

A inexistência destes serviços alia-se a outros fatores que comprometem a saúde mental. Pesquisa realizada por Martin; Quirino; Mari (2007) demonstra que a carência de opção ou mesmo a ausência de lazer, não é um fator decisivo, mas que atrelado a outros fatores, podem contribuir de maneira significativa para o desencadeamento de sintomas depressivos. Essa situação é frequentemente observada nas periferias e nos municípios interioranos de baixa densidade populacional.

Nesse contexto, insere-se o município de Abaiara, Ceará, cujas opções de lazer são significativamente restritas, limitando-se a bares e churrasarias, dada a ausência de outras áreas de lazer e eventos sociais e culturais. Pela experiência vivenciada neste Município, infere-se que o lazer em cidades de pequeno porte como Abaiara se restringe à ingestão de bebidas alcoólicas, fator determinante e estimulante para a adesão de tal prática.

A depressão, para Barbosa (2006), está permeada por situações que envolvem vários fatores no cotidiano, tornando-a complexa. Esse cotidiano atua no indivíduo e exige que considerem todos os aspectos que essa afirmativa pode conter: questões econômicas globais, mudanças na relação com a natureza, violência urbana, condições de empregabilidade e de moradia, relações pessoais e um crescente sentimento de impotência frente à realidade social.

Assim, dentre os fatores mencionados, um merece destaque, por ser outro fator característico de municípios de pequeno porte: o desemprego (DELGADO, 2008; MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007; PELUSO; BLAY, 2008). No município de Abaiara, a oferta de empregos é reduzida, em detrimento da carência de cursos profissionalizantes, bem como de indústrias. O comércio é pouco movimentado, e as reduzidas ofertas de atividades econômicas existentes limitam-se a ajudantes em supermercados, lojas de

roupas e calçados, contratos com a Prefeitura em regime estatutário, bem como prestação de serviços e outra parcela da população tenta retirar seu sustento da agricultura.

Dessa forma, as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) diante do usuário da ESF com estados depressivos no município de Abaiara-CE-BR merecem destaque neste estudo, uma vez que aponta para um diagnóstico que pode contribuir com as políticas de saúde pública preconizadas pelo Ministério da Saúde e adotadas pelo município em estudo.

Silva; Dalmaso (2002) apresentam sete competências dos ACS: trabalho em equipe, visita domiciliar, planejamento das ações de saúde, promoção da saúde, prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente, prevenção e monitoramento de grupos específicos, prevenção e monitoramento das doenças prevalentes, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

As várias competências dos ACS tornam-o capazes para 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. Concorda-se que o ACS é, potencialmente, um ator importante no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no município (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009). Entretanto, este se inclui em um serviço de atenção básica insipiente no que tange ao atendimento em saúde mental.

A inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é um avanço para a área de Saúde Mental. No município de Abaiara, entre os meses de janeiro e dezembro de 2010, o SIAB informou que, dentre as 429 hospitalizações realizadas, seis foram por motivo de abuso de álcool e seis em hospital psiquiátrico. Dentre os encaminhamentos, 151 pessoas foram encaminhadas a atendimentos especializados, 11 diretamente para internações hospitalares e um para urgência/emergência. Entretanto, a presença de informações referentes à saúde mental no SIAB, apesar de denotar um avanço, não significa que este esteja suprindo as necessidades da população, mas iniciando uma atuação que deve ser planejada, trabalhada e efetivada no âmbito da ESF, bem como guiada pelas políticas públicas de saúde (REINALDO, 2008).

Ressalte-se que a ideia de estudar essa temática brotou ao longo das leituras sobre o assunto e pelo anseio de abordar a saúde mental junto à ESF, especificamente a depressão, por se apresentar como um dos transtornos mais comum e prevenível. Desse modo, definiu-se a problemática deste estudo através da seguinte indagação: quais as ações dos ACS diante do usuário da ESF com estados depressivos no município de Abaiara-CE-BR?

O desejo de investigação em um município de pequeno porte deveu-se às circunstâncias em que estes municípios se apresentavam, pois apesar da baixa densidade populacional em relação aos municípios de médio e grande portes, representavam a maioria dos municípios brasileiros. Ademais, a assistência, muitas vezes realizada em um município de baixa densidade populacional, limita-se a atenção básica, sendo necessária a referência dos casos que necessitam de assistência especializada a municípios vizinhos, o que obriga os pacientes a se deslocarem em busca desse atendimento, sendo este um motivo de dificuldade, tanto para os pacientes, uma vez que se apresentam com a saúde comprometida, quanto para os familiares que o acompanham, em que na maioria das vezes, apresentam precárias condições socioeconômicas.

A opção por investigar a prática dos ACS deveu-se ao fato de serem servidores da saúde pública com competências para planejar ações, trabalhar a promoção da saúde, prevenção e monitoramento de situações de risco e grupos específicos, bem como realizar o acompanhamento domiciliar através de visitas mensais. Dessa forma, detêm uma visão ampliada dos problemas enfrentados pela população e são conhecedores da realidade. E, ainda, dispõem de registros de acompanhamentos que são úteis para a identificação de pessoas com sintomas depressivos.

Em relação ao trabalho com a população adscrita na ESF, justificou-se primeiro por constituírem-se usuários do SUS e apresentarem cadastrados no SIAB, bem como receberem o acompanhamento dos ACS, os quais oferecem aos demais profissionais de saúde acesso ao domicílio, histórico destes, tanto no que diz respeito às doenças acometidas, como também aos aspectos psicossociais, o que permite a identificação de pacientes mais susceptíveis à depressão, bem como a realização de estudo sobre a doença no município de Abaiara-CE.

Decorreu, outrossim, da experiência da pesquisadora como enfermeira deste município e do estabelecimento de vínculo com os ACS, além do conhecimento desta acerca dos principais problemas advindos pela depressão e das dificuldades em lidar com os mesmos. Essa situação tem sido motivo de angústia e inquietação. Assim, demonstrar estados depressivos e a atenção insipiente, ou até mesmo ausente da ESF para com estes, permite vislumbrar as lacunas no tocante à formação profissional sobre os conhecimentos específicos. E, ainda, a necessidade de investimento e incentivos de programas em saúde mental na atenção básica, principalmente em municípios de pequeno porte.

Frente ao que ora se apresenta, o estudo da depressão em usuários da ESF de um município de pequeno porte junto aos ACS demonstra-se necessário e urgente, diante dos problemas que podem ser identificados e trabalhados, evitando consequências, muitas vezes até fatais, como no caso de suicídios. E, ainda, auxiliará na construção de indicadores que fortaleçam as políticas de saúde pública no planejamento, na implementação e execução de ações e serviços destinados aos indivíduos inseridos nesse contexto.



Fonte: fotografia obtida na pesquisa.

Objetivos

2 OBJETIVOS

GERAL

- ✓ Analisar ações dos agentes comunitários de saúde diante do usuário da Estratégia Saúde da Família com estados depressivos do município de Abaiara-CE-BR.

ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar ações dos agentes comunitários de saúde acerca da depressão em usuários da Estratégia Saúde da Família em Abaiara-CE-BR;
- ✓ Identificar usuários da Estratégia Saúde da Família com indícios de sintomas depressivos através dos agentes comunitários de saúde;
- ✓ Averiguar os principais indícios de sintomas depressivos em usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Abaiara-CE.



Fonte: fotografia obtida na pesquisa.

Fundamentação Teórica

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresenta-se a fundamentação teórica que embasa este estudo. Encontra-se subdividido em três subseções, nas quais abordam a temática, auxiliando, o entendimento e a compreensão desta.

Inicialmente discorre-se sobre o Sistema Único de Saúde como política pública de saúde adotada no Brasil, bem como a atuação da Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde nesta política. Em seguida, versa-se acerca dos aspectos referentes à reforma psiquiátrica brasileira, bem como sobre a saúde mental no âmbito da ESF, e por fim, faz-se uma explanação acerca da assistência ao portador de sintomas depressivos na atenção básica.

3.1 Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde

O Brasil dispõe de um diferencial no que tange ao modelo de assistência à saúde diante dos demais países, no qual o Estado se responsabiliza em prover saúde aos seus cidadãos, independente de seu vínculo trabalhista, desde os cuidados preventivos até os que exigem maior aparato tecnológico. Garante, mediante políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2009a; NORONHA, 2008; SOARES, 2008).

Concorda-se que nada tão grande e tão importante, como o SUS, nasce de repente, como do nada. Movimentos prévios antecederam à criação do SUS e embasaram a conquista do sistema de saúde público e solidário (MAGALHÃES JÚNIOR, 2008). Estes movimentos ocorreram através das lutas populares pela conquista ao direito da saúde pública e realizadas através do movimento denominado Reforma Sanitária, iniciada nos anos de 1970, período da ditadura militar.

O movimento sanitário foi organizado e guiado por uma agenda formulada em torno da saúde, da democracia e da equidade. O SUS então se originou através da junção da necessidade de um movimento no plano da saúde pública e da luta social e política

contra a ditadura militar, no qual suas bases foram lançadas por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento considerado marco nessa história de grandes acontecimentos e conquistas (SOARES, 2008; MAIO; LIMA, 2009).

O SUS apresentou-se como um projeto social garantido por Lei. A Constituição de 1988 universalizou o direito ao acesso gratuito à saúde, realizando, dessa forma, uma expressiva política pública de inclusão, uma vez que incorporou milhões de brasileiros no sistema público de saúde. Programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ESF ampliaram a cobertura de serviços e têm possibilitado reorientações do sistema (PAIM, 2006).

Assim, a ESF representou um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, direcionando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A saúde da família como estratégia reorganizacional do SUS, adotada pelo Ministério da Saúde a partir da atenção básica, teve origem, em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. A partir da experiência exitosa do PACS, seguido da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família - ESF, pretende integrar com a comunidade os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação através da atenção preventiva (COSTA; CARBONE, 2004; SANTOS; LOPES, 2007).

A ESF está presente em 94% dos municípios do país, respondendo às demandas de 49,9% da população brasileira. Um total de 29.710 equipes atuando em 5.229 municípios. A meta do Ministério da Saúde era de alcançar 32.000 equipes implantadas no fim de 2010, quando a iniciativa completara 17 anos (BRASIL, 2009d). A Estratégia encontra-se implantada em quase todo território brasileiro, de modo inclusivo em áreas rurais e periféricas da cidade com precárias condições de vida. A ESF atua com delimitação da área e população adscrita, buscando atender à demanda espontânea e oferta organizada, identificando os problemas de saúde para intervir na realidade através do planejamento estratégico situacional (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Cada Unidade de Saúde da Família é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a uma área (território de abrangência). Qualquer Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Uma equipe é

responsável por uma área onde residam entre 600 e 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.500 habitantes (COSTA; CARBONE, 2004).

A equipe de saúde é composta no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe – em uma proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas e/ou 150 famílias, articulando assim a ideia de vínculo que tem como princípio a constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se pelo cuidado de sua clientela (COSTA; CARBONE, 2004; FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Destaca-se o trabalho dos ACS, por estes serem sujeitos deste estudo e desenvolverem suas ações junto à comunidade, o que permite a construção de vínculos, proporcionando por parte dos usuários confiança para com este profissional, outrossim, conhecimento detalhado para o ACS tanto da comunidade como de cada usuário em particular.

O ACS é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora. É um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região. Tem bom relacionamento com seus vizinhos. Tem condições de dedicar oito horas por dia ao trabalho de ACS. Orientado pelo médico e pela enfermeira da unidade de saúde, vai de casa em casa e anota tudo o que pode ajudar a saúde da comunidade (BRASIL, 2004, p. 29).

Portanto, a prática dos ACS está voltada a dois segmentos considerados de fundamental importância que caracterizam a sua atuação junto à comunidade: um de caráter técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e às famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais social, porém não de solidariedade à população, mas de inserção da saúde no contexto geral de vida, como também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições (SILVA; DALMASO, 2002).

Tais características são possíveis devido a critérios peculiares exigidos pelo Ministério da Saúde: o ACS deve ser necessariamente um morador da localidade onde trabalha e, por isso, totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes, sua linguagem e deve apresentar capacidade de liderança, pois esta se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade (BRASIL, 2004).

Outra característica da prática do ACS que fortalece os dois segmentos é a realização diária de visitas domiciliares, nas quais através destas há o acompanhamento mensal de todas as famílias de sua área de abrangência e, conseqüentemente, a manutenção do vínculo e da confiança já adquiridos outrora.

Albuquerque; Bosi (2009) consideram a visita domiciliar como instrumento de interação no cuidado à saúde, utilizado pelos ACS como meio de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com os mesmos e a compreensão do contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares, cuja atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central. Essas ações orientam a atuação dos profissionais, permitindo novos conceitos e, em consequência, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

Em face das diferentes funções do ACS, vale destacar as atividades relacionadas à vigilância à saúde na sua vertente mais individualizada e clínica. Esse é um aspecto importante do trabalho, pela sua potencialidade de identificar situações de maior vulnerabilidade individual (SILVA; DALMASO, 2002).

Ao considerar o forte elo entre ACS e comunidade, bem como a efetiva comunicação e acompanhamento da equipe da ESF para com estes, é notório que a família é considerada, de acordo com Costa; Carbone (2004), o núcleo social alvo em um território definido em que se agregam, além do princípio da interdisciplinaridade, os princípios da responsabilidade social e intersetorialidade, além da vigilância em saúde. Para tanto, utiliza-se de programas que priorizam ações e abrangem todas as fases de vida da pessoa.

Dentre os programas adotados pela ESF e preconizados pelo Ministério da Saúde, destaca-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual mantém uma visão e uma intervenção global sobre as diversas necessidades da população feminina, com destaque para o conceito de integralidade, por ser uma necessidade na abordagem à saúde da mulher, uma vez que as demandas são complexas e não se relacionam apenas ao sistema reprodutor (BRASIL, 2009d).

Entretanto, são identificadas ainda várias lacunas e dentre estas se destaca a saúde mental, não por ser a mais importante ou necessária, mas por ser temática deste estudo e ser considerada relevante para a atenção à saúde da mulher. Pois, observa-se a inexistência do cuidado em saúde mental sob o enfoque de gênero, sendo este de extrema necessidade, uma vez que as mulheres sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos

mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens (BRASIL, 2007).

Ressalta-se que, apesar de as mulheres sofrerem mais com os transtornos mentais, os homens não estão livres desse problema, já que mesmo em menor intensidade, o transtorno mental nos homens é uma realidade entre os brasileiros e por isso merece igual atenção, devendo esta ser prestada através do mais recente programa do Ministério da Saúde direcionado à saúde do homem.

A Política Nacional de Saúde do Homem objetiva facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem um problema de saúde pública, em que, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens, os quais vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Dentre as ações programadas pela Política de Saúde do Homem, destacam-se aquelas voltadas para o alcoolismo e as ações direcionadas aos homens com deficiência, em que do total das pessoas com deficiência, aproximadamente, 11 milhões são homens, dos quais 1,5 milhões têm deficiência intelectual (BRASIL, 2009c). Percebe-se, portanto, uma preocupação quanto aos cuidados em saúde mental, quando direcionam este ao uso de álcool e portadores de deficiência mental.

É notória a importância da implantação do SUS no Brasil e as contribuições que a ESF oferta, ao se apresentar inserida nesta política de saúde, bem como a efetiva atuação dos ACS como parte da equipe da ESF, pois são profissionais que mantêm maior contato e vínculo para com os usuários do sistema. Entretanto, percebe-se a inexistência de ações específicas de saúde mental na atenção básica, na qual esta é apresentada como lacuna nos programas da ESF. Concorda-se com Pereira *et al.* (2007) ao afirmarem que a equipe da ESF, em particular os agentes comunitários, precisam de preparo para lidar com a saúde mental.

Destaca-se, portanto, a importância da prestação da assistência à saúde mental no âmbito da ESF, embasada com os ideais da Reforma Psiquiátrica, uma vez que reafirma o direito do portador de transtorno mental em fazer uso da porta de entrada do sistema, recebendo, igualmente, assistência não unicamente no tratamento, mas preventiva, o que permite a diminuição de sintomas e gravidade de doenças como a depressão, ou até mesmo a possibilidade da não instalação da mesma.

3.2 Reforma psiquiátrica brasileira e a saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família

3.2.1 A Reforma Psiquiátrica

Ao refletir sobre a definição de Reforma Psiquiátrica infere-se a construção crítica e prática edificada em uma nova concepção de homem como ser biopsicossocial e efetivada através de um processo, no qual ainda encontra-se em elaboração, uma vez que apesar da frequência das discussões e debates acerca da temática, na prática, observa-se a pouca atuação. O objetivo da Reforma está permeado por estratégias de questionamento e elaboração de propostas para a transformação do paradigma da Psiquiatria Clássica, que, guiado pelo modelo biomédico, priorizava a hospitalização, sendo esta a única forma de intervenção no tratamento do portador de transtorno mental e a conseqüente segregação, trazendo à luz o paradigma da desinstitucionalização (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Para tanto, observa-se a diversidade de mudanças social, política, econômica e cultural, que incitam a Reforma Psiquiátrica e que não se deram ao acaso, mas são resultados de revolução e transformação com repercussões na vida do doente mental, de sua família e na sociedade. Não há mais possibilidade de recuo deste movimento, pois se trata de um processo social, histórico e dinâmico que já fincou o sentido do novo. A negação do manicômio e o estabelecimento dos serviços substitutivos são uma realidade firmada e em processo de execução, exigindo, dessa forma, a criação de novas formas de cuidar (GONÇALVES; SENA, 2001).

A Reforma Psiquiátrica teve dois objetivos: o primeiro era ampliar o acesso ao tratamento por meio de uma rede de atendimento de serviços ambulatoriais e de participação também da ESF. O segundo objetivo era defender a situação dos direitos humanos do paciente, através da promoção de sua autonomia, sua inclusão social e, de fato, reduzir o atendimento asilar (DELGADO, 2008).

Dessa forma, o Brasil tem experienciado a Reforma do modelo de assistência às pessoas com transtornos psíquicos, no intuito de promover a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por recursos assistenciais voltados aos aspectos

psicossociais, de acordo com a Lei Federal 10.216/01 (dispõe da Reforma Psiquiátrica) e da Portaria 224/92 (dispõe sobre as diretrizes e normas para a oferta de serviço de saúde mental) (COIMBRA *et al.*, 2005).

O novo ideário trazido pela Reforma apresenta inconveniências do antigo modelo da psiquiatria clássica tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, tendo este como prioridade a exclusão dos doentes mentais e facilitando a cronicidade em todo o País. Hoje, discute-se a Reforma Psiquiátrica como parte das políticas de saúde. Assim, cumpre um importante papel de transportar para o debate a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e estimular decisões no intuito da consolidação dos novos ideais da saúde mental no Brasil. O rompimento com o saber/fazer tradicional da psiquiatria e a construção de um novo saber/fazer baseado nos princípios éticopolíticos do doente mental como cidadão foram metas da Reforma Psiquiátrica (GONÇALVES; SENA, 2001).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil, alcançando grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde. O aparato legal instituiu mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos Estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização implica transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2005).

A proposta da Reforma não se restringiu à extinção dos hospitais psiquiátricos se mantinham como um recurso possível no Brasil, porém não podiam mais ser classificados como a única forma de tratamento existente: um novo modelo assistencial foi apresentado aos trabalhadores da saúde mental, aos seus usuários e às famílias destes, no qual depararam-se com uma nova concepção de saúde/doença, como também, de uma nova noção de tratamento, uma vez que os serviços substitutivos apresentaram uma variedade de terapêuticas (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

O conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringiu à substituição do hospital por uma diversidade de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação

de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolveu, também, questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exigiu-se que, de fato, houvesse um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

A perspectiva da desinstitucionalização intencionou romper com a concepção objetiva do homem em síndromes e doenças estabelecidas pela psiquiatria, e voltar-se para o sujeito em sua experiência da loucura. Atribuiu a estima do sujeito, ao invés do seu diagnóstico (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). Portanto, a desinstitucionalização buscou por preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais, propondo inovações no tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendesse individualmente às suas necessidades e que o sustentassem no seu meio social (SCÓZ; FENILI, 2003).

Entende-se que mudar unicamente a estrutura física do manicômio não seria suficiente se, paralelo a isso, não existisse acompanhado de uma mudança no modo de perceber e de agir dos profissionais de saúde, conseqüentemente, diante da loucura. O processo de desinstitucionalização foi muito além do espaço terapêutico do doente mental. No entanto, para possibilitar essa produção de vida, precisava-se, antes de tudo, permitir-se experienciá-la dentro de cada ser, “dentro de nós mesmos”. Precisa-se repensar os papéis de cada cidadão para que, somente assim, fosse possível proporcionar a mudança de vida das pessoas em sofrimento mental (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

Nesta perspectiva, enquanto a reabilitação objetivava reinserir o indivíduo na sociedade, a desinstitucionalização se preocupava em transformá-la, questionando o trabalho, a família, a medicina, as políticas públicas e demais instituições que perpassavam por nossas vidas na contemporaneidade, por isso exigiu uma reflexão interminável acerca das ações dos profissionais de saúde e se firmou como uma ideia muito mais ampla que a reabilitação (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Para a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica e conseqüente desinstitucionalização, faz-se necessária a prestação da assistência ao doente mental em todos os níveis de assistência, entretanto, apesar do início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ter sido contemporâneo a eclosão do “movimento sanitário”, em favor de um serviço de saúde pública com prestação nestes três níveis, lamentavelmente, mesmo com o advento do SUS e concomitante Reforma Psiquiátrica, não foram criados

serviços de atenção primária e secundária em saúde mental (BRASIL, 2005; REINALDO; SAEKI, 2004).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2006), convém lembrar que após cinco anos da promulgação da Lei 10.216, ainda não ocorreu a elaboração de um modelo assistencial que atenda às necessidades das pessoas que sofrem de transtornos mentais nos três níveis de assistência. Esperava-se que, com a promulgação da referida Lei, ocorresse um investimento direcionado a um modelo assistencial integral, de qualidade e que acompanhasse a todos as pessoas acometidas por transtornos mentais nos mais diversos graus de complexidade, o que efetivamente não ocorreu (ABP, 2006).

Contudo, ainda hoje, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para se articular com a saúde mental, por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, através de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental (BRASIL, 2005). Porém, o que se observa nas práticas da ESF, apesar das recomendações ministeriais, é um notório distanciamento das ações que direcionam a assistência em saúde mental, o que configura um desafio cujas barreiras envolvem diversos fatores. Todavia, essa dimensão subjetiva faz-se necessária e urgente para efetivação das duas grande reformas que regem a saúde pública brasileira, a Psiquiátrica e a Sanitária.

3.2.2 A saúde mental na Estratégia Saúde da Família

O novo modelo de saúde que visa à desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos se apresenta condizente com os ideais da ESF, que em sua essência, atua nesta mesma lógica, estando suas equipes fortemente empenhadas no trabalho com a comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população. Dessa forma, busca-se o resgate pela singularidade de cada usuário e valorização da subjetividade e das relações sociais, como também o investimento na força do território para o alcance dessas mudanças. Para que a saúde mental aconteça de fato na atenção básica, é necessário que os princípios do SUS se transformem em prática cotidiana (BRASIL, 2004; COIMBRA *et al.*, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental 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, tais como a medicalização e a psiquiatrização do sujeito. Adensam-se a articulação da rede de cuidados, promovendo a integralidade e a construção de um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas (BRASIL, 2004).

A desinstitucionalização relaciona-se à mudança da formação e práticas em saúde mental, em detrimento das lacunas observadas nos antigos serviços e guiadas por um paradigma a emergir. Dessa forma, a ESF vem ao encontro de tais mudanças, com a finalidade de reestruturar o modelo vigente, propondo a integração e organização das atividades em um território definido, voltado para a saúde da população em geral, tanto no contexto do indivíduo, quanto no contexto familiar. Assim, os discursos da ESF vão ao encontro dos ideais da Reforma Psiquiátrica, ambas no intuito de promover assistência integral, universal e equânime (COIMBRA *et al.*, 2005).

A mudança do modelo de atenção à saúde mental dentro do SUS busca pela valorização do ser enquanto agente social e direciona suas ações para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, tendo como base o território. Trata-se da mudança da forma como se percebe os cuidados em saúde, ou seja, o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, retomando, outrossim, a sua história de vida e seu processo de adoecimento. Salienta-se que os saberes e práticas não devem se restringir à técnica, mas direcionar o processo de valorização da subjetividade. Concorde-se que ao reconhecer que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, a mais das vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Atualmente, todo e qualquer problema de doença está associado a um problema mental e toda saúde mental é sempre produção de saúde. Nesse sentido, torna-se necessária a articulação da saúde mental com a ESF (BRASIL, 2004).

No que diz respeito à intervenção conjunta da equipe em saúde mental e a ESF, ambas têm como estratégia atingir a meta de substituição do confinamento nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais. Essa ideia, abrangendo a partir da atenção básica a saúde aos portadores na ESF, rompe com o isolamento vivenciado até então pelo sujeito. Possibilita que ele planeje projetos de vida e mobilize as pessoas à sua volta, como também a comunidade em geral. Neste reordenamento, percebe-se que há uma busca pelo desenvolvimento e pela manutenção de

práticas de qualidade em saúde mental, na medida em que o caminho em direção à comunidade possibilita a abertura de outras frentes de trabalho e inserção para a saúde mental, em especial nos projetos de prevenção da doença e promoção da saúde (REINALDO, 2008; SCÓZ; FENILI, 2003).

Hoje, mais do que oferecer atenção básica, a ESF vem se deparando com a necessidade de ofertar uma atenção mais abrangente. Portanto, este campo torna-se fértil para a concretização desta nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática desta assistência. Esta estratégia não significa apenas o atendimento de programas pré-estabelecidos (hipertensão, diabetes, pré-natal, dentre outros), mas um atendimento universal, abrangente e integral, para a comunidade visando à realidade social e suas necessidades de saúde dentro da família (COIMBRA *et al.*, 2005). No entanto, estando a ESF em desenvolvimento, a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico (PEREIRA *et al.*, 2007).

A inserção das ações de saúde mental na ESF depende de uma política de saúde nacional, estadual e municipal que garanta formas de financiamento capaz de manter a integração e a operacionalização das estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social, nestas modalidades de serviços substitutivos. Dependem, também, da disponibilidade para a mudança da organização dos processos de trabalho. Considera-se que todas as pessoas envolvidas no planejamento, na implantação, execução e avaliação da construção de uma rede de atenção básica de saúde estão constantemente no processo dinâmico do ensinar-aprender, ou seja, no processo contínuo de trocas, em que o relacionamento interpessoal permite assistir a todos os usuários de forma integral (SCÓZ; FENILI, 2003).

Ante esse panorama, ressalta-se que a importância da comunhão de esforços entre a saúde mental e a ESF. Dessa forma, a prevenção não seria esquecida no âmbito da saúde mental, pois, além de focar a saúde mental, esses programas deveriam desenvolver ações sociais e promover a qualidade de vida da comunidade, cuja atuação se configura como plausível na ESF, uma vez que o paciente abandona a condição de prontuário para se transformar em pessoa conhecida. Os profissionais de saúde mental deveriam se empenhar na promoção de reformas sociais na prática, no contato com a comunidade, em busca por melhores condições de assistência. Há também a ideia do ser biopsicossocial, através da

incorporação de novos profissionais às equipes, no qual o paciente pode ser acompanhado de diferentes formas e por diversos saberes. A principal finalidade destinada à saúde mental no âmbito da ESF é diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos a certos transtornos comportamentais menores e acompanhar os demais casos em suas particularidades (PEREIRA *et al.*, 2007; REINALDO, 2008; SCÓZ; FENILI, 2003).

Vale salientar a importância da busca ativa por informações sobre as condições de vida e saúde mental da população na área de abrangência da ESF através do mapeamento dos problemas de saúde mental, assim como as condições associadas a esses problemas, para subsidiar planejamento de ações compatíveis com as necessidades dessa população. A implantação de serviços de prevenção de desordens mentais, além de aliviar o sofrimento do próprio paciente e seus familiares, reduz a sobrecarga dos serviços especializados, por meio de um atendimento mais simples e efetivo, como o proposto pela ESF (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

Dessa forma, considera-se a relevância do elo entre ESF e Reforma Psiquiátrica/Saúde Mental, como também, as variáveis comuns entre eles, ou seja, o atendimento do indivíduo no seu contexto familiar, conforme com os preceitos do SUS e o grau de complexidade do atual serviço de saúde (SCÓZ; FENILI, 2003).

A rede básica de saúde deveria constituir a principal porta de entrada das pessoas na busca pela atenção à sua saúde, incluindo aquelas em sofrimento psíquico ou portadores de transtorno mental (BRASIL, 2004; COIMBRA *et al.*, 2005; SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003). Do mesmo modo, a ESF é um instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais, toda a comunidade enfim. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes, e ainda pouco tratados (PEREIRA *et al.*, 2007).

Algumas características foram atribuídas à prática da saúde mental na atenção básica, entre elas: estar associada às demais ações da atenção básica; assegurar o bem-estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços de atenção básica, formando uma rede de suporte e cuidados; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; ter governabilidade; agregar profissionais com diferentes

formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade (TEIXEIRA; HASHIMOTO, 2005-2006).

Deste ponto de vista, a psiquiatria comunitária se apresenta na prática de cuidados em psiquiatria e saúde mental dirigida à comunidade, enfatiza a vigilância desta comunidade por meio da detecção e controle precoce de fatores de risco e de evidências de ordem social possíveis de causar sofrimento mental, indo além da prevenção, ao promover o acompanhamento destes pacientes, estando estes, ou não, em tratamento medicamentoso (REINALDO, 2008).

De fato, a necessidade do desenvolvimento de ações que abrangem a subjetividade de indivíduos na ESF é urgente. Em consequência disso, foi desenvolvida pesquisa com enfermeiros atuantes na ESF, na qual Silva; Furegato; Costa Júnior (2003) identificaram que entre 20 e 50% das pessoas atendidas por eles apresentavam sintomas de depressão. Entretanto, apenas 17,8% encaminharam 10% dos casos e 15% encaminharam menos de 5% dos casos identificados. Observou-se que 23 enfermeiros não responderam a essas questões. A ausência de respostas de 31% dos enfermeiros sobre pacientes deprimidos, atendidos por eles, motiva a suposição de que esses profissionais não têm estado em contato direto com o paciente.

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da ESF torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante frequente, as queixas são as mais variadas e para isso a equipe deveria estar preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários (COIMBRA *et al.*, 2005). Haja vista que o portador de sintomas de transtornos mentais está presente em todos os lugares da comunidade, como escolas, clínicas, hospitais, além dos centros de saúde mental. Dessa forma, requer essa atuação da enfermagem psiquiátrica na atenção básica a fim de prestar cuidados adequados àqueles que apresentam problemas emocionais (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

Essa pouca atenção, segundo Scóz; Fenili (2003), pode estar relacionada à ausência de preparo dos profissionais da ESF em lidar com o cuidado em Saúde Mental, no qual a substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizarem para permitir a viabilização do novo modelo assistencial.

Neste aspecto, com base em Pereira *et al.* (2007), é real a insuficiente atenção dos profissionais da ESF aos portadores de doença mental. Dessa forma, o processo de efetivação da ESF atrelada à assistência em saúde mental e, com ela, de uma nova possibilidade de assistência integral à saúde, voltada às necessidades dos diferentes sujeitos, configura-se como real desafio. Essas dificuldades acarretam maior procura por atendimentos especializados, contrários as ideias da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Dessa forma, concorda-se com Coimbra *et al.* (2005) que a ausência da oferta de políticas municipais de saúde mental, especificamente para municípios pequenos, como também a carência de treinamento para as equipes nos municípios em geral, poderá conduzir esta demanda ao atendimento terciário (internação hospitalar nos manicômios). Esta situação restringe a liberdade de ir e vir das pessoas portadoras de transtornos mentais e se apresenta contra a Reforma Psiquiátrica que visa ao atendimento na comunidade.

Reconhece-se que os desafios estão presentes e não podem ser ignorados. Particularmente, a equipe da ESF precisa estar preparada e apoiada para lidar com o sofrimento psíquico, além de cuidar das dificuldades sentidas e superá-las. O sofrimento mental está cada vez mais presente na sociedade e deve ser superado, quer seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental, quer aproximando-nos das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a saúde mental no âmbito da atenção básica (PEREIRA *et al.*, 2007; REINALDO, 2008).

O Ministério da Saúde adota um plano de apoio matricial como um arranjo organizacional através de ações conjuntas entre ESF e saúde mental através dos NASF. Nesse arranjo, o profissional da saúde mental responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades. Desde janeiro de 2008 há regulamentação para a formação destas equipes, com recomendação explícita de que cada NASF conte com pelo menos um profissional de saúde mental (BRASIL, 2004).

Vale salientar que tanto o NASF quanto o CAPS para serem implantados, em suas portarias (Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, respectivamente), adotam como requisito o número da população, área territorial e quantidade de ESF implantadas no município. Este critério de ordem censitário exclui os

municípios de pequeno porte. Dessa forma, não integram estes programas e consequentemente, a saúde mental permanece distante da atenção primária, ou seja, a mercê da elevada procura por atendimento especializado, medicalização e psiquiatrização.

Concorda-se com Coimbra *et al.* (2005) que nos municípios que não possuem CAPS ou até mesmo NASF, a ESF deveria estar preparada para atender esta demanda. Esta ESF deveria receber treinamento de uma equipe de saúde mental, de um município próximo ou até mesmo da secretaria de saúde do estado, no intuito de promover a qualificação do atendimento desses profissionais aos portadores de transtorno psíquico. Para planejar, coordenar e executar tais atividades nestes municípios, é de suma importância um profissional da saúde na área de saúde mental, representando, outrossim, um apoio a ESF, já que não há a possibilidade de uma equipe para estes municípios pequenos.

Atenta-se, igualmente, para que a assistência não se restrinja ao paciente, pois a família possui um importante papel no tratamento. Com a reinserção do paciente psiquiátrico na comunidade, a família passa a ser fundamental no processo de assistência, devendo esta ser acompanhada pela atenção básica. Para conseguir êxitos no cuidar do seu familiar doente, necessita, além dos recursos institucionais, da orientação e do apoio de profissionais preparados, tendo em vista a responsabilidade cotidiana com a pessoa em situação de sofrimento psíquico (PEREIRA *et al.*, 2007). Assim, percebe-se o grau de abrangência que esta atuação toma, sendo seus resultados tão benéficos quanto, uma vez que nesta atuação pode-se visualizar de fato a integralidade da assistência.

A dinâmica de assistência à saúde mental, assim como na ESF, requer o envolvimento da família no cuidado dos usuários portadores de sofrimento psíquico. Pois, a família é a base para todas as áreas da vida, principalmente para a saúde, ao assumir a criação das relações conscientes, transformando o compromisso entre a família e a equipe em estratégias de relação de ajuda mútua. A equipe de saúde possui papel fundamental na construção de momentos dinâmicos, através da troca de experiências entre os próprios familiares e o serviço, proporcionando a aprendizagem e ajuda mútua (COIMBRA *et al.*, 2005).

Na construção da saúde como compromisso e direito social para todos, a ESF e a Reforma psiquiátrica vêm se configurando em uma dimensão política de forma inovadora de se fazer saúde. Esta se fundamentada em uma nova ética social consolidando a visão da

família como a base, o centro de referência, o primeiro núcleo psicossocial no qual devem estar centrado a resolutividade das ações (SCÓZ; FENILI, 2003).

O modelo utilizado pelos profissionais de saúde e o modo de convívio com o portador de transtorno mental contribuem para as dinâmicas familiares, principalmente quando se adotam estratégias inovadoras. Estas visam construir uma nova forma de assistência em saúde mental, rompendo com modelo clássico da psiquiatria, em que o manicômio era a única resposta ao sofrimento psíquico (PEREIRA *et al.*, 2007).

Desta forma, a ESF deve atuar no ambiente familiar, no sentido de amenizar o sofrimento da família e do próprio usuário. A ajuda oferecida pela equipe de saúde da família com suporte da equipe de saúde mental pode ocorrer através de visitas domiciliares, atendimento individual e familiar, além da reunião de grupos na própria comunidade assistida (COIMBRA *et al.*, 2005).

As ações de atenção primária à saúde mental, tais como identificação de fatores de riscos, busca por uma intervenção resolutiva e acompanhamento dos familiares, devem ser realizadas através da vinculação da equipe de saúde multidisciplinar com a população, através de uma prática sustentada pela humanização e a saúde como um direito de cidadania, favorecendo a manifestação de qualidade de vida (SCÓZ; FENILI, 2003). Neste aspecto, a equipe saúde da família se apresenta como fundamental para tais práticas, uma vez que suas ações estão direcionadas à prevenção e promoção da saúde, por conhecer a população e estar inserida na mesma.

3.3 Aspectos revisionais sobre a assistência ao portador de sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família

A depressão se apresenta nos dias atuais como um grave problema de saúde pública, evidenciada como a mais comum dentre as doenças mentais. É uma doença que se refere a um estado anormal do corpo e da mente e, por ser incapacitante, envolve limitações na vida pessoal, profissional, social e econômica. Dessa forma, o indivíduo experimenta sofrimento psicológico associado a prejuízos em sua vida social e familiar. A depressão pode apresentar níveis como leve, moderado e grave, com ou sem sintomas psicóticos. Caracteriza-se, essencialmente, por modificações no humor, na

psicomotricidade, na cognição e nas funções vegetativas (LIMA; MIGOTT, 2003; MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007; SANTOS; LOPES, 2007).

A mais das vezes, os termos depressão e transtornos afetivos são utilizados como equivalentes, os quais em seu sentido exato não são. Os transtornos afetivos compõem uma categoria ampla de estados de ânimo (dificuldades no campo das emoções, na capacidade cognitiva, no comportamento e na regularidade das funções corporais). Os transtornos afetivos são desordens psiquiátricas, em que há um predomínio de alterações de humor e sintomas vegetativos associados (mudanças no apetite, libido, sono, peso), que perduram por semanas a meses. Entre os transtornos afetivos, encontram-se aqueles em que predominam sintomas de tristeza e anedonia (depressão) e aqueles em que há excitação e euforia (mania). A depressão é a forma mais comum de transtornos afetivos (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003; VISMARIL; JUSSILANE; PALERMO-NETO, 2008).

Popularmente, a depressão é vista como um problema ou dificuldade de as pessoas realizarem tarefas, referidas como “falta de vontade”. As limitações impostas pela depressão, os sofrimentos que esta doença suscitam, os custos sociais e de saúde elevados, aliados ao fato de apenas uma pequena parcela das pessoas acometidas pela depressão ter acesso ao diagnóstico e aos tratamentos adequados, fazem com que este agravo à saúde se intensifique, ocasionando, muitas vezes, a estas pessoas a um estado de cronificação (LIMA; MIGOTT, 2003). Dessa forma, percebe-se o quanto o conceito de depressão é complexo, pois envolve vários fatores psicológicos, fisiológicos, sociais e econômicos.

Pesquisa realizada por Santos; Lopes (2007) demonstrou que, dentre os enfermeiros em estudo de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a maioria conhecia a definição da depressão, embora incompleta e simplista. Somente 16,67% identificaram a doença como um Transtorno Afetivo. Assim, evidencia-se o conhecimento superficial e deficiente sobre a classificação das doenças mentais a respeito do conceito da depressão. Esse estudo também demonstrou que, apesar da depressão ser considerada um importante problema de saúde pública, é negligenciada desde a assistência primária, o que impede a prevenção, a detecção e o acompanhamento pelas ESF.

A depressão é considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Em 2020, estima-se que a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo. Atualmente, as estimativas são de que 15% a 30% dos adultos apresentem depressão clinicamente significativa em algum

momento de sua vida, nos quais 12% precisarão de cuidados constantes em saúde mental e outros 3% de cuidados diários em saúde mental, uma vez que 15% dos casos graves cometerão o suicídio (DELGADO, 2008; MARTIN; QUIRINO; MARI 2007; PELUSO; BLAY, 2008).

A prevalência em homens é estimada em 7% a 12% e, em mulheres, 20% a 25%. Em ambulatórios de Atenção Primária, sua prevalência é estimada em 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem, cita como motivo da consulta, sendo que em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais. Nesse sentido, a depressão deve merecer uma atenção maior da saúde pública; (ARANTES, 2007; LIMA; MIGOTT, 2003; SANTOS; LOPES, 2007).

Os sintomas da depressão são vários, abrangendo desde aspectos psíquicos, fisiológicos e até comportamentais. Dentre os sintomas psíquicos, destacam-se: humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa); redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis; perda de interesse; fadiga ou sensação de perda de energia. O tempo para a execução das tarefas torna-se mais lento; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, as quais, antes, eram quase automáticas; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (ARANTES, 2007; SANTOS; LOPES, 2007; SANTOS; KASSOUF, 2007).

Ressalta-se que os sentimentos de tristeza e alegria “colorem” o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, por meio do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Outrossim, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. A depressão é considerada quando a tristeza perde sua função adaptativa e o humor segue autônomo persistentemente deprimido. Quando a tristeza ultrapassa o limiar da normalidade, perdendo seu papel adaptativo, e o humor persistente e autonomamente se torna deprimido, a depressão é estabelecida (ARANTES, 2007).

Quanto aos sintomas fisiológicos, destacam-se as alterações do sono, mais frequentemente a insônia, podendo ocorrer também a hipersonolência. A insônia é, mais tipicamente, intermediária, ou seja, aquela que ao acordar no meio da noite, a pessoa

apresenta dificuldades para voltar a conciliar o sono ou a terminal, ao acordar mais cedo pela manhã; alterações do apetite como a perda do apetite, podendo ocorrer também aumento dele; redução do interesse sexual e o cansaço marcante após esforços leves. As evidências comportamentais caracterizam-se por: retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, como também, retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora (ARANTES, 2007; LIMA; MIGOTT, 2003; SANTOS; KASSOUF, 2007).

Todos esses sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais se apresentam de diversas maneiras, em termos de grau e intensidade. Cada pessoa possui sua maneira de ser e de se apresentar diante de um quadro depressivo. Há casos em que são relatados como a falta de interesse pelos passatempos prediletos. As atividades sociais podem ser negligenciadas, e geralmente, tudo pode ter o peso de terríveis “obrigações.” Há também sujeitos que parecem não estar conscientes de sua depressão, sofrem calados na sua insegurança e não se queixam de perturbação do humor, embora exibam retraimento, resistem ao envolvimento, como também não respondem à família, amigos e atividades que, anteriormente, interessavam-lhes. Nestes casos, podem aceitar o estigma de “fraco”, além de temer o rótulo de “doente mental” e de “louco”. Em razão das visões negativas, tendem ao isolamento, a verbalizar pouco, a pensar que não merecem ajuda e a formar vínculos de dependência com os outros (LIMA; MIGOTT, 2003; SANTOS; LOPES, 2007).

Portanto, o enfermeiro pode deparar-se com variadas situações as quais, irão exigir desse profissional uma abordagem tranquila, sem críticas e com muito calor humano. Deve demonstrar honestidade, empatia e compaixão. O profissional deve ajustar-se ao ritmo da pessoa deprimida, através do discurso pausado e da ampliação do tempo para produção de resposta desta. Deve chamá-la pelo nome, conversar e escutá-la (SANTOS; LOPES, 2007). Essa assistência deve ser contínua, uma vez que os pacientes com mais sintomas depressivos consultam mais os serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e faltam mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos (FLECKA *et al.*, 2002).

A depressão cresce progressivamente no mundo inteiro. Há uma série de interpretações possíveis para o fenômeno, entre elas as características do mundo moderno, tais como crise de valores, caos urbano e conturbações sociais. Os transtornos mentais são sensíveis aos fatores econômicos e culturais, por isso são tão numerosos no mundo todo.

Eles acompanham a dificuldade de resolver problemas e o sentimento de desvalorização pessoal (DELGADO, 2008).

Os fatores desencadeantes da depressão possuem naturezas diversas – psicossociais, espirituais, morais e biológicas – indicando uma compreensão etiológica multifatorial. (PELUSO; BLAY, 2008). Os fatores de risco são: episódios anteriores de depressão, história familiar de depressão, tentativas anteriores de suicídio, período pós-parto, comorbidade médica, ausência de apoio social, eventos estressantes, história pessoal de abuso sexual e abuso atual de substâncias (SANTOS; LOPES, 2007). Outros fatores de ordem social podem contribuir para desencadear a depressão, tais como, pobreza, conflitos e desastres, além da maioria das doenças físicas e o ambiente familiar e social (SANTOS; KASSOUF, 2007). Somam-se as causas associadas ao estresse psicossocial as consideradas mais relevantes (PELUSO; BLAY, 2008).

Os resultados de uma pesquisa realizada por Martin; Quirino; Mari (2007) demonstraram que a origem da depressão relacionava-se aos eventos da vida. Algumas eram de ordem pública como desemprego, dificuldades financeiras, vitimização ou testemunho de assassinatos, prisão de parentes, presença na vizinhança de traficantes e usuários de drogas. Outras causas eram de ordem privada como morte de parentes, agressões, traição e alcoolismo do companheiro. Percebe-se que os fatores sociais que podem desencadear a depressão variam de acordo com a situação em que se vivencia, entretanto, em casos específicos, estes advêm de problemas mentais de familiares e o uso e abuso do álcool em família, o que remete a um problema não solucionado, originando outro problema de mesma relevância.

Na depressão, as causas de natureza biológica, consoante Peluso; Blay (2005), são consideradas menos relevantes na medida em que problemas genéticos são raramente as causas mais importantes, apesar de terem sua parcela de contribuição. Questões de caráter religioso ou que se atribui a responsabilidade à própria pessoa, como “falta de amor próprio”, também são pouco relevantes como fator desencadeante.

No que diz respeito ao tratamento, a indicação psicofarmacológica remete ao uso dos antidepressivos. Este grupo de psicofarmacos, comumente disponíveis, possui eficácia para os pacientes em cuidados primários ou em ambulatório. Outra indicação é a realização de psicoterapia cognitiva, interpessoal e de solução de problemas, pois se mostram efetivas no tratamento dos episódios depressivos leves a moderados (FLECK *et al.*, 2001).

Para Mello (2004), a psicoterapia é uma forma de tratamento que utiliza como instrumentos a comunicação e o relacionamento sistematizado entre o terapeuta e um ou mais pacientes (terapias de grupo, família e casal). Nesta forma de tratamento, o terapeuta objetiva que o paciente consiga identificar, entender e dar sentido aos seus conflitos, procurando corrigir as distorções nas percepções que o paciente tem de si mesmo e do meio que o cerca, além de ajudar a melhorar suas relações interpessoais.

Em conformidade com Arantes (2007), Lima; Migott (2003), a eficácia do trabalho está relacionada à educação do paciente e da família, pois qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família torna-se inútil para ele, uma vez que os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. Os pacientes e os membros da família frequentemente carregam estigmas acerca da depressão e de seu tratamento. Durante o processo de cuidar, algumas informações mínimas são necessárias, como: “a depressão é doença comum e há tratamento efetivo disponível”; “a depressão não é fraqueza ou preguiça; a depressão pode afetar a capacidade de decisão”; “o suporte emocional e prático de familiares e amigos é recurso muito válido”; “os antidepressivos não provocam dependência” (ARANTES, 2007; LIMA; MIGOTT, 2003).

Com base em Santos; Kassouf (2007), a depressão causa severa incapacidade e influência negativa sobre a qualidade de vida dos indivíduos, de suas famílias e da sociedade como um todo. Os indivíduos sofrem por se tornarem, muitas vezes, incapazes de participar de trabalhos e atividades de lazer, por se tornarem dependentes de outras pessoas, por não conseguirem desempenhar suas responsabilidades dentro da família e com os amigos e pela frequente discriminação enfrentada na sociedade.

Conforme a intensidade, os sentimentos de raiva, culpa e inutilidade podem precipitar em pensamentos, sentimentos ou gestos suicidas, acarretando, entre várias outras consequências, a concretização do ato (SANTOS; LOPES, 2007; SANTOS; KASSOUF, 2007). O transtorno depressivo é responsável por riscos significativos de morte. Cerca de 15% dos pacientes com transtornos do humor morrem “por suas próprias mãos” e pelo menos 66% de todos os suicídios são precedidos por depressão (ARANTES, 2007).

Paradoxalmente, segundo Santos; Lopes (2007), todos os indivíduos com depressão são suicidas em potencial. A população muitas vezes não reconhece os sintomas como uma doença e muito menos como um problema que necessita da ajuda do médico. A maioria dos casos é diagnosticada após tentativa de suicídio. Além disso, quando diagnosticada, há

associação com a loucura, entendida como perda da razão, como também, há associação com outras patologias (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).

De acordo com Santos; Lopes (2007), para evitar consequências trágicas e irreversíveis, faz-se necessário adotar a prevenção de toda e qualquer doença, por ser meio mais eficaz na assistência à saúde, a qual deve ser trabalhada de acordo com duas abordagens principais: o reconhecimento precoce e a ajuda para aqueles sob risco. Em estudo realizado, constatou-se que a maioria dos enfermeiros pesquisados reconhecia que era necessário abordar o tema suicídio com os sujeitos que apresentavam depressão.

Ademais, as pessoas deprimidas podem nem procurar o médico devido aos próprios sintomas causadores da enfermidade, como a falta de energia, indecisão, insegurança e culpabilidade, além do estigma associado à enfermidade mental. Neste aspecto, vale apontar a necessidade da atuação da ESF na busca ativa pela detecção, pelo diagnóstico e acompanhamento desses casos, como também o trabalho preventivo na comunidade susceptível (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

A intensidade dos sintomas depressivos demonstrada por Flecka *et al.* (2002) está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde em indivíduos que buscam por um serviço de cuidados primários de saúde no Brasil. Assim, os pacientes com mais sintomas depressivos possuem mais comprometimento do funcionamento físico e psicológico e avaliam sua qualidade de vida como pior. No entanto, verifica-se a insuficiente atenção dos profissionais de saúde aos problemas emocionais.

O transtorno depressivo reconhecido como um problema de saúde pública insere-se como atendimento médico primário. Destaca-se que sua prevalência é relativamente alta e por seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos (COSTA JÚNIOR, 2003; FLECKA *et al.*, 2002; SILVA; FUREGATO; VALENTINIA *et al.*, 2004).

Consoante Arantes (2007), a maioria dos pacientes deprimidos (60%) recebe tratamento na atenção primária. Estima-se que 50% das prescrições de antidepressivos sejam de clínicos, 30% de psiquiatras e 20% de outras especialidades. De acordo com Arantes (2007); Valentini *et al.* (2004), os clínicos gerais atuantes na ESF falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e provêm tratamento para apenas um terço deles. Nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado ou é subtratado, observa-se uma pior evolução.

Com base em Valentini *et al.* (2004), os clínicos da rede primária de saúde não diagnosticam e não tratam a depressão de modo apropriado. Tais conclusões são baseadas

na observação das altas taxas de prescrição de benzodiazepínicos e baixas taxas de prescrição de antidepressivos. Frequentemente, estes profissionais recebem treinamentos em hospitais e ambulatórios psiquiátricos, nos quais os problemas dos pacientes são totalmente diferentes daqueles encontrados na prática diária do centro de saúde. Ademais, segundo Arantes (2007), os antidepressivos são frequentemente prescritos na atenção primária, por períodos curtos de tempo. Este tipo de prescrição frequentemente contribui para a cronicidade do quadro.

Destaca-se que os cuidados com os doentes mentais que necessitam de atenção diária não se resumem à medicação, mas também ao acompanhamento de suporte social, à reabilitação psicossocial permanente para participar das oficinas terapêuticas, a mais das vezes em suas próprias residências (DELGADO, 2008).

Dessa forma, a problemática da depressão na atenção primária para Santos; Lopes (2007) não se limita apenas ao diagnóstico, como também às demais ações realizadas na ESF, tais como busca ativa, detecção, acompanhamento e que abrangem a equipe como um todo. Afirmam, todavia, que as estratégias de enfermagem como rastreamento de problemas mentais, aconselhamento para indivíduos e famílias em situações que os colocam em alto risco para desenvolvimento de transtornos mentais ou emocionais, grupos de autoajuda, visitas domiciliares e outras intervenções intensivas em situações de alto risco envolvendo estresse e falta de suporte social são indicadas na prevenção de transtornos mentais. O enfermeiro está diretamente ligado ao programa, quem tem maior contato com toda a equipe, também encontra dificuldades em lidar com as questões de saúde mental, especificamente a depressão.

Estudo realizado por Silva; Furegato; Costa Júnior (2003) demonstrou o insipiente de conhecimento do enfermeiro em lidar com a depressão na rede básica de saúde, no qual seu trabalho se limita ao encaminhamento ao profissional médico, havendo, dessa forma, evidências de submissão profissional, uma vez que não possui formação para desenvolver assistência de enfermagem em saúde mental na atenção básica. Tal problemática sugere a necessidade de capacitação profissional para lidar com ações em saúde mental, no desempenho de suas tarefas profissionais. Os resultados sugeriram também que pode haver dificuldades em lidar com suas próprias emoções. Todos esses aspectos podem e devem ser focalizados durante os cursos de graduação, de educação continuada, atualizações e outros aperfeiçoamentos.

A integração da saúde mental na ESF e conseqüente introdução da assistência qualificada aos pacientes depressivos, facilitaria o tratamento, treinando médicos para diagnósticos precisos e enfermeiras na detecção e assistência de enfermagem desses transtornos, como também, a realização de um trabalho educativo sobre sintomas e prevenção da doença. Apesar da necessidade, a efetividade de programas de treinamento para o tratamento da depressão, voltados para os profissionais dos serviços de atenção primária, permanece controversa (VALENTINI *et al.*, 2004).



Fonte: fotografia obtida na pesquisa.

Considerações Metodológicas

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como de campo, do tipo descritivo, na qual se adotou uma abordagem do tipo quanti-qualitativa. De acordo com Creswell (2007), o método ou abordagem quantitativa se define como estratégia de levantamentos. Caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informação, usando questionários ou entrevistas estruturadas, quanto no tratamento, com o objetivo de efetuar generalizações a partir de uma amostra para uma população. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas.

Quanto ao método ou abordagem qualitativa de um problema, segundo o mesmo autor, além de ser opção do investigador, justifica-se, por empregar diferentes alegações de conhecimento, baseando-se em dados de texto e usando estratégias diversas de investigação. Assim, decidiu-se abordar neste estudo ambas as perspectivas metodológicas, com a finalidade de melhor aproximar-se da problemática do estudo.

A opção pelas duas abordagens deveu-se ao fato da possibilidade de demonstrar maior profundidade e entendimento das análises, uma vez que uma pode completar a outra, ou seja, o estudo quantitativo pode completar o estudo qualitativo, ou vice-versa, e assim permite tal aprofundamento.

Para Creswell (2007), os métodos quantitativos e qualitativos quando usados com proveito e utilizados em uma mesma investigação, recebe a denominação de técnica de métodos mistos. Esta envolve a coleta e análise das duas formas de dados em um único estudo.

4.2 Local do estudo

O estudo realizou-se no município de Abaiara, localizado na região Sul do Estado do Ceará, a 508 km da capital Fortaleza. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, foi criado pela Lei 3921, de 25 de novembro de 1957, e instalado em 25

de março de 1959, sendo sua área proveniente do município de Milagres. O município era formado pelos distritos de Abaiara e São José (IBGE, 2000).

Em 2009, Abaiara contou com uma população estimada de 11.074 habitantes e sua taxa anual de crescimento populacional foi de 3,02% entre 2000 e 2007, maior que a Estadual (1,46%) e que a Nacional (1,21%). O município apresentava um predomínio de mulheres e uma estrutura populacional formada principalmente por adultos (25 a 64 anos) (IBGE, 2000).

Quanto aos indicadores de educação da população na faixa-etária entre 7 e 14 anos, Abaiara possuía 94,25% de frequentadores do curso de nível fundamental, o que a colocava em situação superior à Estadual e Nacional. Já no que diz respeito à escolaridade na faixa-etária a partir de 25 anos, foi identificado o seguinte: 35,99% sem instrução ou menos de um ano de estudo; 38,28% com 1 a 4 anos de estudo; 10,62% com 5 a 8 anos de estudo; 8,66% com 9 a 11 anos de estudo; 1,26% com 12 anos ou mais de estudo; e 5,19% não determinado (IBGE, 2000).

O município encontrava-se habilitado na gestão plena da Atenção Básica, pertencendo a 19ª Microrregião de Saúde e possuía quatro equipes de Saúde da Família cadastradas, duas da zona urbana e duas da zona rural. O estudo realizou-se nas quatro Unidades Saúde da Família (USF) do município.

Segundo dados do SIAB, o município contava com uma população de 9.496 pessoas cadastradas no PACS e ESF, destes 6.049 encontram-se na faixa-etária a partir de 20 anos de idade, sendo distribuídos na seguinte forma: de 20 a 39 anos, 3.089 pessoas; de 40 a 49 anos, 967 pessoas; de 50 a 59 anos, 745 pessoas e de 60 a mais anos, 1.248 pessoas. Ademais, o PACS possui 22 ACS cadastrados.

4.3 População e amostra

De acordo com Fachin (2003), população é um conjunto de indivíduos que possui peculiaridades, pertencentes à mesma espécie, localizados no espaço e no tempo, com uma característica em comum pelo menos. Enquanto que amostra se constitui em uma seleção dessa população, ou seja, um subconjunto do universo (LAKATOS; MARCONI, 2006).

Definiu-se a população desta pesquisa como os 22 ACS que atuavam nas quatro USF do município de Abaiara – CE, bem como pela população adscrita a estas, com faixa-etária a partir de 20 anos de idade, uma vez que se optou pela população que atingiu a maior idade de acordo com os blocos de faixa-etária fornecidos pelo SIAB e que apresentavam sintomas depressivos.

Dessa forma, o estudo transcorreu-se, inicialmente, através do preenchimento de um instrumento (Apêndice C) pelos 22 ACS acima referidos e, em seguida, cada um destes, indicou os usuários de sua área de abrangência que apresentavam queixas de estados depressivos e disponibilidade em receber a mestranda, juntamente com o ACS, em seu domicílio. A amostragem dos usuários foi não-probabilista intencional, pois, segundo Lakatos; Marconi (2006), não faz uso de uma forma aleatória de seleção. Ademais, o município por ser de pequeno porte e a mestranda conhecedora de tal realidade, reforçou a opção pelo referido tipo de amostragem.

Assim, realizou-se a pesquisa com 22 ACS e com as pessoas indicadas por estes e que respeitaram os seguintes critérios: 1) estar na faixa etária a partir de 20 anos de idade; 2) serem cadastradas nas citadas ESF; 3) possuir domicílio acessível para a visita de aplicação do inquérito de Beck.

4.4 Instrumentos

Adotou-se a pluralidade de métodos, que de acordo com Polit; Beck; Hungler (2004) tem por finalidade reforçar a credibilidade, sendo denominado triangulação. Esta ação metodológica baseia-se no uso de referenciais múltiplos para se chegar ao mais próximo possível da verdade, uma vez que, através deste, os pesquisadores se esforçam para distinguir a verdadeira informação da informação equivocada.

Para tanto, este estudo optou por três instrumentos. Um aplicado junto aos usuários cadastrados nas ESF (Anexo A), outro para os ACS (Apêndice C) e diário de campo utilizado em todos os momentos da pesquisa para acréscimo de informações.

O instrumento aplicado aos ACS consistiu em um roteiro de entrevista semiestruturado subdividida em duas partes: a primeira parte tratava das questões sociodemográficas e a segunda de um roteiro de entrevista. As questões sociodemográficas objetivavam caracterizar a amostra de participantes no qual responderiam itens relacionados ao tipo de

idade, nível de escolaridade, entre outros aspectos. Já as questões objetivas foram compostas nove questões que captavam informações sobre a situação da depressão na microárea acompanhada pelo ACS. Ademais, neste houve a solicitação da visita aos usuários que apresentavam sintomas depressivos, como também o acompanhamento do ACS nesta visita, juntamente com a mestrandia.

O instrumento utilizado com os usuários das ESF foi composto de duas partes: questões sociodemográficas e outro referente ao Inventário de Beck. As questões sociodemográficas pretendiam caracterizar a amostra dos participantes, estes responderam itens relacionados ao tipo de idade, nível de escolaridade, estado civil e profissão. Já o Inventário de Beck - *Depression Inventory Scales*, escala mais utilizada, dentre as existentes para *screening* na Atenção Primária, outrossim, é caracterizada como uma medida de avaliação de depressão, sendo necessário cerca de dez minutos para ser aplicada, tendo sido validada em Português por GORESTEIN; ANDRADE (1996) em uma população de estudantes universitários.

Santos (2008) considera o Inventário de Beck um instrumento como provável medida de avaliação de depressão mais utilizada, tanto no que diz respeito à pesquisa quanto para fins de clínica, e por isso, tem sido traduzido não somente em português, mas em diversos idiomas, o que demonstra sua repercussão internacional e capacidade de apreensão da temática.

A escala original consiste de 21 itens, cada qual com quatro afirmações, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, zero o neutro e 3 a intensidade máxima, podendo as pontuações do questionário variar de 0 a 63 em sua totalidade. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

A escala não foi construída para fins diagnósticos, mas para complementar entrevistas clínicas, considerando a visão do próprio paciente (GORESTEIN; ANDRADE, 1998; SANTOS, 2008). Neste estudo, utilizaram-se os seguintes escores apresentados por GORESTEIN; ANDRADE (1998); Santos (2008), até 15 pontos como sem depressão, de 16 a 20 para depressão leve, de 21 a 29 como depressão moderada e acima de 30 como depressão grave.

Em relação ao diário de campo, de acordo com Minayo (2008), é um instrumento no qual o investigador registra todas as informações captadas e que não esteja previamente programada no roteiro de entrevista e que dizem respeito a comportamentos, gestos, expressões relacionadas ao tema da pesquisa. Os fatos e as ações anotadas no diário de campo ajudam aos leitores a visualizar melhor as análises levantadas, especificamente, quando estes pontos são difíceis de captar de outra forma.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, obteve-se autorização e confirmação para a realização deste estudo junto aos usuários da ESF, bem como aos ACS. A mestranda, na ocasião, apresentou os objetivos da pesquisa à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Solicitou-se a chefe do departamento de enfermagem a assinatura do Termo de Compromisso na Folha de Rosto do Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), para então encaminhá-lo ao Comitê de Ética. Vale ressaltar, que embora a UFRN possua Comitê de Ética, optou-se pelo da Faculdade Santa Maria (FSM), localizada na cidade de Cajazeiras-PB, uma vez que este se localizava mais próximo do local onde foram coletados os dados, em garantia dos direitos humanos, segundo recomendações protocolares.

Após aprovação do Comitê de Ética, deu-se início a coleta de dados propriamente dita nos meses de abril, maio e junho de 2010, nos turnos matutino ou vespertino, de acordo com a disponibilidade dos pesquisados.

Para aplicação dos instrumentos, utilizou-se entrevista semiestruturada que, de acordo com Lakatos; Marconi (2006), caracteriza-se pelo encontro de duas pessoas com a finalidade de coletar dados através de uma conversa profissional, na qual proporciona ao entrevistado, verbalmente, a informação necessária, constando de questões objetivas e subjetivas. A coleta de dados ocorreu em três momentos: aplicação do questionário aos ACS's (Apêndice C); aplicação do Inquérito de Beck aos usuários da ESF através de visita domiciliar, acompanhada pelo ACS, sendo escolhido por este os pacientes de cada microárea (Anexo A); informações adicionais através das notas de campo, realizados tanto na entrevista com os ACS quanto com os pacientes.

A cada participante informou-se o caráter acadêmico da pesquisa e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICES A e B). Além disso, informou-se que suas respostas seriam mantidas em sigilo e que seriam tratadas em conjunto. Em seguida, houve a aplicação dos instrumentos (APÊNDICE C e ANEXO A), primeiramente com os ACS e em um segundo momento com os usuários. Finalmente, realizaram-se os devidos agradecimentos.

Ademais, durante a coleta de dados a mestrandia fotografou os caminhos por ela percorridos, sendo estas imagens usadas para ilustrar as páginas divisórias das seções deste trabalho e a página da epígrafe.

4.6 Análise dos dados

Para análise dos dados quantitativos, optou-se pela análise estatística descritiva, utilizando o programa *Microsoft Office Excel* como subsídio e para apresentação dos resultados valeu-se de tabelas e gráficos, obedecendo às seguintes etapas:

- 1) Submissão dos dados a análise estatística para a descrição da frequência dos níveis de depressão apresentados pelos sujeitos da amostra;
- 2) Categorização das variáveis quantitativa, segundo escore para os níveis de depressão em: “sem depressão”, “depressão leve”, “depressão moderada” e depressão grave”;
- 3) Realização da análise por questão do Inquérito de Beck, considerando-se a frequência das respostas dadas a cada item da referida escala.

No tocante aos dados qualitativos, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), baseando-se nos discursos dos entrevistados e organizados em categorias de análise adequada aos discursos.

De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise dos discursos no intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores através da identificação de unidades de registro e significação, que permitam a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas

mensagens. Para tanto, esta análise consiste na sistematização do conteúdo da mensagem, podendo ser passível ou não de quantificação, tendo como referência um conjunto de técnicas, que embora parciais, são complementares. Assim, esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.

Para a análise de integração dos dados qualitativos e quantitativos, seguiu-se o modelo da estratégia exploratória sequencial, demonstrada no seguinte esquema.

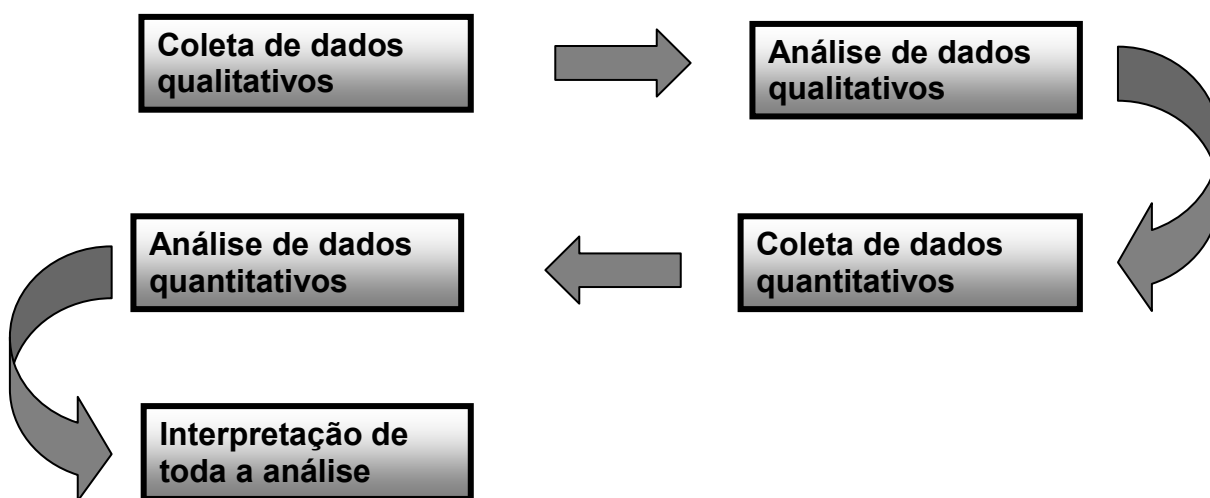


Figura 1 - Modelo da Estratégia Exploratória Sequencial

Esse modelo é caracterizado por uma fase inicial de coleta e análise de dados qualitativos, seguida por uma fase e coleta e análise de dados quantitativos. Dessa forma, prioriza-se o aspecto qualitativo do estudo (CRESWELL, 2007). Os resultados dessas duas fases foram integrados durante a fase de interpretação.

Para garantir o anonimato dos ACS, os nomes destes foram substituídos durante a apresentação e análise dos resultados, sendo o nome de pedras escolhidos para tal substituição. A escolha se deve aos caminhos pedregosos enfrentados pela mestrandia durante a coleta de dados, caminhos esses que são percorridos diariamente pelos ACS. Quando a pedra é lapidada, torna-se preciosa, assim também é a prática dos ACS na ESF: precioso, fazendo por merecer tal substituição. A seguir, apresenta-se uma figura com as denominações das pedras, seguidas por gravuras.



Figura 2 – Denominação das pedras por ACS seguido por gravura

4.7 Posicionamento ético do pesquisador

Para o processo de coleta de dados, consideraram-se as exigências contidas na Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Assim, garantindo a segurança ao anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa (BRASIL, 1996). Desse modo, foram devidamente considerados os aspectos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, para tanto se utilizou o TCLE, que apresentou a proposta do estudo através de linguagem acessível e objetiva que permitiu o entendimento dos participantes, assegurando-lhes a importância de sua participação no estudo, assim como a liberdade de participar ou não, o direito à desistência, bem como ao sigilo durante qualquer fase da pesquisa, sem danos a sua assistência, trabalho, família ou imagem. Além da solicitação de publicação dos resultados em eventos científicos acadêmicos.



Fonte: fotografia obtida na pesquisa.

Apresentação e Discussão dos Resultados

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados e discussão, estes estão dispostos em cinco etapas, conforme abordado na metodologia, no intuito de apresentar e integrar os dados quantitativos e qualitativos:

1. Caracterização dos 22 Agentes Comunitários de Saúde de Abaiara;
2. Categorização dos discursos dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da depressão no município de Abaiara;
3. Caracterização dos 64 usuários da Estratégia Saúde da Família participantes deste estudo;
4. Apresentação dos resultados quantitativos captados com o auxílio do Inquérito de Beck, aplicado aos usuários da Estratégia Saúde da Família;
5. Interpretação de toda a análise, conforme proposto por Creswell (2007).

Destaca-se que as notas de campo captadas através do diário de campo pela mestranda serão intercaladas em todas as etapas.

5.1 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

No decorrer desta pesquisa, foram entrevistados 22 ACS, com idade variando entre 30 e 50 anos. A média de idade destes participantes foi de 42 anos, dados demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à faixa-etária.

Faixa-etária	F	%
30 a 34	2	9,1%
35 a 39	5	22,7%
40 a 44	7	31,8%
45 a 50	8	36,4%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa

A Tabela 1 demonstra que 9,1% destes participantes situavam-se entre 30 e 34 anos, 22,7% entre 35 e 39 anos, 31,8% entre 40 e 44 anos e 36,4% entre 45 e 50 anos. Dessa forma, constata-se que a maioria, 36,4% apresentavam idade variando entre 45 e 50 anos, portanto se encontram na fase adulta com histórico de experiência de vida, carregando aprendizados adquiridos no percorrer dos anos vividos.

Na Tabela 2, demonstra-se a caracterização dos ACS quanto ao sexo e estado civil.

Tabela 2 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao sexo e estado civil.

Sexo	f	%
Feminino	17	77,3%
Masculino	5	22,7%
<i>Estado Civil</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Solteiro	7	31,8%
Casado	15	68,2%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa

Verificou-se que 17 (77,3%) eram do sexo feminino, representando a maioria dos entrevistados, e apenas 5 (22,7%) eram do sexo masculino. Em relação ao estado civil, dos 22 ACS entrevistados, a maioria era casada, representando o total de 15 (68,2%) e apenas 7 (31,8%) afirmaram ser solteiros.

Trata-se de uma profissão majoritariamente feminina, condizente com as suas origens. Sabe-se que o ACS surgiu no Ceará com a contratação de uma frente de trabalho de mulheres para ajudar a combater os problemas provindos da seca.

Ávila (2007) afirma que o trabalho com o agente de saúde como parte do programa de emergência, criado em decorrência da seca, o que ocorreu entre junho de 1987 e junho de 1988. Para dar início ao programa de caráter emergencial, foram selecionadas 600 mulheres do sertão cearense. Os critérios para essa seleção eram que as agentes de saúde fossem escolhidas entre as mulheres pobres, pois a ideia era garantir um salário mensal durante o período da seca.

A Figura 3 Apresenta a distribuição dos ACS por ESF, de acordo com a lotação em cada Unidade de Saúde da Família.

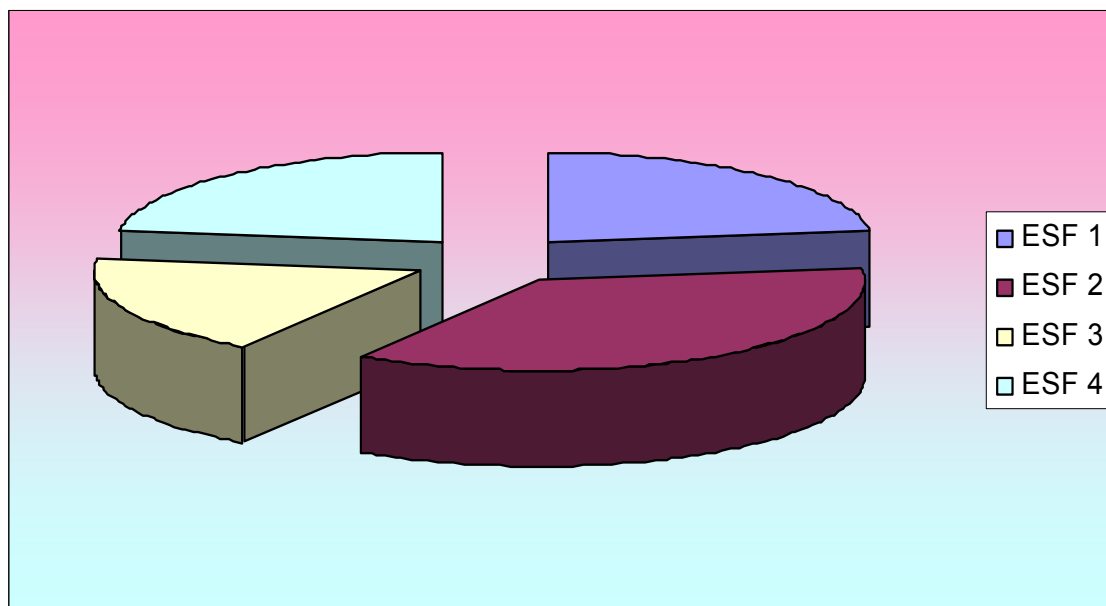


Figura 3 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por Estratégia Saúde da Família

Pode-se observar que a ESF 1 contava com a atuação de cinco ACS, a ESF 2 de oito ACS, a ESF 3 de quatro e a ESF 4 de cinco. Destaca-se, de um lado a ESF 2 como a maior equipe, com número de ACS cadastrados em decorrência do tamanho da área, localizada na zona rural com abrangência dos sítios de maior extensão territorial, e das famílias cadastradas. Do outro lado, a ESF 3 apresentava menor número de ACS em detrimento da sua localização situada na zona urbana.

Vale destacar, que recentemente a Unidade de Saúde da ESF 4 foi recém inaugurada, nesse sentido redistribuiu-se, interinamente, todos os ACS para atender à demanda das quatro equipes, uma vez que o município se encontrava em fase de estudo para ampliação das equipes por área de abrangência e contratação de novos ACS.

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos ACS quanto ao tempo de trabalho, variando de 7 anos e 3 meses a 20 anos e 7 meses. A média de tempo de trabalho destes participantes foi de 14 anos e 9 meses, dados demonstrados a seguir.

Tabela 3 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao tempo de trabalho.

Tempo de Trabalho	F	%
5 a 9 anos	3	13,6%
10 a 14 anos	9	40,9%
15 a 19 anos	6	27,3%
A cima de 19 anos	4	18,2%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa

Desta configuração, três (13,6%) ACS afirmaram atuar na área entre 5 e 9 anos, nove (40,9%) de 10 a 14 anos, seis (27,3%) de 15 a 19 anos e quatro (18,2) mais de 19 anos de tempo de trabalho. Destaca-se que a maioria, nove (40,9%), concentrava-se no intervalo de tempo de 10 a 14 anos de atuação como ACS.

Neste sentido, segundo Freedhein (1988), o Estado do Ceará foi pioneiro no desenvolvimento de atividades relacionadas à atenção primária, através da implantação do Programa de Agente de Saúde (PAS) em 1987, com 6.113 agentes de saúde distribuídos em 128 municípios, como parte de um programa emergencial por ocasião de uma série de estiagem no estado.

O programa funcionou nos municípios mais severamente afetados no interior e finalizou em 1988 quando a seca acabou, havendo desse modo, uma redução para 150 agentes de saúde que permaneceram trabalhando sem remuneração, distribuídos em apenas quatro municípios. A repercussão do programa foi tão notória que, em 1989, o Estado reiniciou o mesmo com recursos estaduais, como parte de um movimento pela reforma da saúde pública no Ceará, assim manteve e estendeu o programa a todos os municípios cearenses. Logo, ocorreu uma evolução de 1.628 agentes de saúde para 7.227 em 1992, à exceção da capital, Fortaleza, cujos facilitadores de saúde e os profissionais médicos eram mais acessíveis à população pobre (FREEDHEIN, 1988).

No município de Abaiara, o PAS foi implantado em 1990 e iniciou com 28 agentes de saúde distribuídos em 15 áreas, com uma cobertura de 100%. A coordenação era realizada por uma enfermeira, esta por sua vez, recebia os recursos do Estado, na qual realizava o pagamento em espécie aos ACS (LANDIM, 2009).

Desse modo, o Ministério da Saúde, para realizar o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, no que se refere à organização

tradicional dos serviços de saúde, implantou em todo o país, em 1991, o PACS, como proposta de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde, sendo assim o surgimento da experiência no Estado do Ceará serviu de base para a Esfera Federal (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006). Nesta perspectiva, em 1994, o PACS influenciou o surgimento do PSF, sendo este reformulado e atualmente designado ESF.

5.2 Categorização das respostas dos agentes comunitários de saúde acerca da depressão dos usuários do ESF do município de Abaiara

As respostas dos ACS coletadas pelo roteiro de entrevista foram categorizadas, quantificadas e apresentadas em forma de tabelas, utilizando as contribuições de Bardin (1977). Categorizou-se, após o agrupamento das entrevistas, os significados e as respostas, os quais expressaram as ações dos ACS na identificação dos usuários da ESF com sintomas depressivos. Dito de outra forma, apresentaram-se, primeiramente, tabelas contendo as categorias e respectivas frequências e percentuais. Na sequência, descreve-se e discute-se as categorias. Ademais, utilizaram-se eixos temáticos para melhor compreensão e visualização dos resultados.

5.2.1 Eixo Temático I – Reconhecendo a Tristeza

Perguntou-se aos ACS sobre as ações realizadas pelos mesmos diante da identificação de uma pessoa se queixando de tristeza em um domicílio pertencente a sua área de abrangência. A Tabela 4 apresenta as categorias e respectivas frequências e percentuais.

Tabela 4 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Tristeza.

Categorias	f	%
Encaminhar ao psicólogo	1	4,5%
Identificar o motivo da tristeza	5	22,8%
Identificar o motivo da tristeza e Encaminhar a ESF	5	22,7%
Orientação	7	31,8%
Identificar o motivo da tristeza e orientar	3	13,7%
Dificuldade em dialogar e Orientar	1	4,5%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa.

A primeira categoria do eixo temático I *Encaminhar ao psicólogo*, citado por apenas um (4,5%) ACS, diz respeito ao aconselhamento deste profissional ao usuário da ESF a procurar um psicólogo, uma vez que, segundo os registros do diário de campo, não é realizado nenhum encaminhamento formal, apenas realizada a indicação deste profissional, pois o município dispunha de dois Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), e nestes contava com a atuação de um psicólogo. Ademais, vale salientar, que dentre as atribuições deste profissional atuante no CRAS, não se incluíam consultas clínicas individual na área da saúde mental, uma vez que este é um serviço de acesso e promoção dos direitos socioassistenciais do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e não do SUS.

Com base em Freire (2010), o CRAS faz parte da política de Assistência Social, como uma unidade de atenção social básica. Responsabiliza-se pela oferta de serviço às famílias, grupos e indivíduos, atuando na prevenção de riscos e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, objetivando prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios. Assim, segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), os profissionais atuantes neste serviço, desenvolvem um trabalho social com famílias de maneira coletiva, com o objetivo comum de apoiar e contribuir para a superação das situações de vulnerabilidade e fortalecer as potencialidades das famílias usuárias dos serviços ofertados pelo CRAS (MDS, 2009e).

Neste sentido, os profissionais do CRAS, em especial o psicólogo, tem por desafio a construção de intervenção de transformação no território, com vistas à melhoria das condições de vida. Assim, o trabalho do psicólogo no CRAS possui uma realidade multifacetada e complexa, na qual incidem questões sociais, econômicas, históricas e subjetivas (FREIRE, 2010).

Assim, como o NASF e CAPS, o CRAS também está circunscrito a densidade populacional, que diz respeito ao número de famílias a serem referenciadas, variando de 2.500 famílias em municípios de pequeno porte até 5.000 famílias nas grandes metrópoles. No caso de Abaiara, eram referenciadas 2.500 famílias (BRASIL, 2009e). Dessa forma, o psicólogo desenvolve seu trabalho acompanhando coletivamente estas 2.500 famílias, sendo inviável a consulta clínica individual, tanto por este não fazer parte das ações do sistema de saúde, quanto pela elevada demanda na área socioassistencial.

A segunda categoria do eixo temático I *Identificar o motivo da tristeza*, citada por cinco (22,8%) ACS, relaciona-se à preocupação do ACS em conhecer a causa da angústia daquela pessoa, no anseio de oferecer ajuda e ser útil naquele momento, como se pode observar:

“A gente tenta animar, conversar, ver mais ou menos qual é o problema da pessoa para tentar ajudar, até que a pessoa acaba desabafando e agente só anima devido não ter outra coisa pra se fazer” (Turmalina).

“Procuro conversar, deixar ela a vontade para ela desabafar, procuro ouvir” (Emetista).

Observa-se nestes discursos que a escuta é uma ação do ACS ao identificar o motivo que causa a tristeza, uma vez que o ACS não dispõe de recursos que ofereça um serviço de saúde capaz de proporcionar uma assistência adequada a estes pacientes. Dessa forma, estes se utilizavam de meios alternativos e que estão de acordo com suas possibilidades, contudo essa escuta deve ser trabalhada não apenas com o ACS, mas com toda a equipe, capacitando-os para desempenhar essa atividade corretamente e então, oferecer um serviço de qualidade.

Com base em Martins; Braga; Souza (2009), uma das questões fundamentais no trabalho da saúde mental no contexto da ESF refere-se à ampliação da capacidade de escuta das equipes e a possibilidade de aplicar estratégias em que se pensem conjuntamente nos meios de intervenção para o preparo das famílias na superação das dificuldades e para que os profissionais possam ter seus medos superados em relação ao

cuidar do portador de sofrimento psíquico. Assim, ter-se-á a possibilidade de diálogo e vínculo capaz de ser sensível às necessidades das famílias e dos pacientes.

Na terceira categoria do eixo temático I, *Identificar o motivo da tristeza e Encaminhar a ESF*, citado por quatro (18,2%) ACS, estes afirmaram que além de identificar o motivo da tristeza, também encaminhavam estas pessoas a ESF que, segundo os registros do diário de campo, dar-se de maneira informal. Observam-se os seguintes discursos:

“De início, a gente procura ver com familiares a causa, o motivo que tá levando aquela pessoa a ficar bastante triste ou isolado. E em conversa com familiares e com a própria pessoa a gente sempre procura fazer o encaminhamento ao médico clínico geral da ESF por que a gente não tem muito recurso e muito conhecimento sobre o que tá acontecendo, só o médico pode diagnosticar. E a melhor forma de a gente ajudar é fazer esse encaminhamento, pedir que a família se desloque até o posto de saúde” (Turquesa).

“Eu converso com ela e pergunto qual é o problema que ela tá passando, se ela teve algum problema antes e encaminhado ao médico da ESF, por que tem depressão que só vai com medicamento” (Malaquita).

Os ACS encaminhavam essas pessoas à ESF, sabe-se da dificuldade em resolver o problema, pois o faz no intuito da equipe tentar solucionar tal problema identificado. A escuta e o encaminhamento são estratégias de ação desenvolvidas pelos próprios ACS. Vale salientar a não padronização das ações entre os mesmos, que pode ser atribuído à deficiência de formação e de organização dos serviços na área da saúde mental.

Neste sentido, urge a organização dos serviços de saúde mental nos municípios que não dispõem de CAPS e sua ligação com a ESF. Para Scóz; Fenili (2003), é de suma importância a comunhão de esforços entre ESF e serviços substitutivos, pois se acredita que a saúde mental é fundamental para a ESF, uma vez que esta não ocorre separada da saúde física, uma vez que ocorre a singularização do atendimento na ESF.

A quarta categoria do eixo temático I, identificada pela maioria dos ACS, sete (31,8%), tratou da *Orientação*. Nesta, os ACS afirmaram não realizar outra ação a não ser a orientação, uma vez que a queixa geralmente é inicial e que esta pode ser causa de algum problema de ordem familiar, pessoal ou financeiro, uma vez que estes profissionais conheciam e atuavam há anos com aquela família, o que permitiu identificação, conforme discurso:

“A gente sempre conversa com aquela pessoa, sempre aconselha por que a gente que trabalha na comunidade, a gente já tem um conhecimento completo das nossas famílias, você cria um elo com aquelas pessoas, eles sentem o apoio da gente, a palavra da gente que a gente dá pra eles é muito importante, um conselho ajuda muito naquela hora, a gente aconselha, explica que aquela tristeza não leva a nada, vai procurar uma palavra que anime aquela pessoa” (Alexandrita).

Observa-se também que além da orientação de lazer, a orientação de práticas fitoterápicas, como o uso de chás, por ser do conhecimento e de fácil acessibilidade da comunidade, uma vez que a população possuía a prática de cultivar ervas em seus domicílios, não requerendo investimento financeiro para a aquisição do mesmo:

“Procuro conversar com essa pessoa e orientar ela até mesmo a sair, a se divertir, a procurar as pessoas para conversar pra desabafar e também às vezes até um chazinho de endro, e erva doce, erva cidreira, às vezes ajuda até a acalmar se tá triste” (Fluorita).

Segundo Paranaguá *et al.* (2009), o uso de chás como prática complementar na ESF é uma medida adotada e aceitável pelo baixo custo, ausência de efeitos colaterais, satisfação e crença da população, usada como alternativa para promoção, manutenção e recuperação da saúde. Contudo, a adoção dessas práticas complementares no âmbito da atenção básica exige da equipe de saúde, especialmente do ACS, capacitação para o conhecimento das mesmas para garantir ação eficaz e embasada segundo a literatura pertinente.

Observa-se também que a realização somente da orientação ocorre em detrimento de o município não oferecer alternativas de acesso ao serviço de saúde mental, portanto não restando nenhuma outra alternativa para o ACS:

“Assim, no momento a gente fica até transtornado porque nós não temos profissional aqui na área que dê cobertura e o apoio a essas pessoas que têm esse problema. O único que a gente pode fazer é orientar mesmo” (Sodalita).

O fato de o município não dispor de um serviço de saúde mental torna-se um motivo de transtorno para o ACS, uma vez que, segundo registros do diário de campo, esse profissional coloca sua credibilidade em questionamento por parte da população, credibilidade esta que foi conquistada aos poucos e durante anos.

Constatou-se que a comunidade expunha seus problemas para o ACS, este acompanhava toda a situação de agravamento e sofrimento destas pessoas, com desejo de

ajudar e ser útil em seu trabalho, porém devido a não existência de uma referência no município e à ESF não dispor de profissionais capacitados em saúde mental, o problema permanecia acumulado no ACS, pois este realizava visitas mensais, acompanhava todo processo de descaso e não conseguia resolvê-lo.

Segundo Coimbra *et al.* (2003), é de fundamental importância a atuação da equipe de saúde da família na identificação precoce de alterações de comportamentos e outros sinais crônicos da agudização do quadro de transtorno psiquiátrico, bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, das pessoas com sofrimento mental, e promoção de discussão com a família e comunidade sobre a inserção deste usuário, rompendo ou minimizando o estigma existente em relação a tais transtornos. Para Silvia; Furegato; Costa Júnior (2003), a incipiente responsabilidade da rede básica de saúde com esses pacientes traduz a visão manicomial, permeando esses serviços.

Outros três (13,7%) ACS se inseriram na quinta categoria do eixo temático I, *Identificar o motivo da tristeza e orientar*, realizando estas duas ações:

“Procuro saber o motivo da tristeza daquela pessoa, o que está acontecendo, se a pessoa procurar se abrir comigo eu procuro aconselhar de uma maneira mostrando que a vida não é daquela maneira que a pessoa está pensando, a pessoa tem que viver a vida, tem que andar, tem que conversar com as outras pessoas, procurar conversar, ser amiga de outras pessoas pra aquelas coisas que a pessoa ta pensando sair da cabeça (...) porque não é daquele jeito que resolve, viver dentro de casa, fazendo a luta da casa (...) num pode viver dentro de casa, cozinhando e lavando (...). Tem que sair, se divertir, tem que ter um lazer. Aqui não tem, mas tem que procurar fazer, de qualquer maneira, eu sei que é difícil porque aqui pra gente ter dinheiro para ir a uma churrascaria, sair um pouquinho é difícil, mas tem que economizar e deixar um pouquinho pra pelo menos um final de semana (...). Sair é o que eu aconselho muito” (Safira).

Verificou-se neste discurso a orientação do ACS destacando o lazer, como também a dificuldade financeira da população para investir em tal e a limitada oferta de opções de lazer existente no município, restringindo-se a churrascarias.

Martin; Quirino; Mari (2007) demonstraram que a ausência de opção ou mesmo de lazer, contribui para o surgimento de sintomas depressivos. Essa afirmação vem corroborar os dados desta pesquisa, uma vez que o município de Abaiara oferece opções de lazer limitadas, dispondo apenas de bares e churrascarias, valendo destacar que muitas vezes, nem estas opções são frequentadas pela população mais humilde, em decorrência da pouca oferta de emprego, o que motiva as pessoas a abdicarem de lazeres em detrimento do

sustento básico, devido aos poucos recursos orçamentário-financeiros, sendo este outro fator desencadeante de sintomas depressivos, afirmado por Barbosa (2006).

A sexta categoria do eixo temático I, *Dificuldade em dialogar e Orientar*, apresentada por um (4,5%) ACS. Tal fato diz respeito à dificuldade de lidar com os sintomas de tristeza, não somente pela carência de treinamento, mas também por apresentar tal sintoma, dificultando o diálogo e a orientação:

“Quando eu encontro, eu quero ajudar, mas ao mesmo tempo eu não consigo porque quando eu encontro aquela pessoa, eu também tô triste, aí eu é quem fico querendo desabafar com aquela pessoa e a pessoa também fica querendo desabafar comigo e finda eu desabafando com aquela pessoa. Quando eu encontro uma pessoa triste e eu tô melhor, eu oriento para que a pessoa fique calma, paciência porque com paciência se resolve tudo porque tudo na vida tem conserto. Pra tudo no mundo Deus mostra um jeito, se hoje a gente tá triste, ruim, com certeza amanhã estará melhor” (Kunzita).

Destaca-se que, dentre os 22 ACS entrevistados, quatro (18,2%) relataram ter apresentando sintomas depressivos, sendo também diagnosticados pelo psiquiatra. Destes, dois (50%) relataram que a depressão encontrava-se controlada com tratamento e medicação realizados, e dois (50%), apesar de estarem em tratamento, apresentavam os sintomas de tristeza, dificultando o diálogo para com as pessoas que apresentam os mesmo sintomas em sua microárea. Esse fato torna-se preocupante, uma vez que a depressão também está presente na equipe de saúde, o que reafirma a inexistência de ações de saúde mental no município.

Estudo realizado por Wai; Carvalho (2009), objetivando identificar eventos que provocam sobrecarga nos ACS e como os mesmos lidam com eles, mostrou fatores causadores de estresse e estratégias de enfrentamento para com estes, sendo estas uma defesa do próprio ACS para evitar ou minimizar sintomas depressivos. Dentre as sobrecargas identificadas, destacaram-se as condições de trabalho, a carga emocional ao se deparar com situações que desencadeiam sentimentos de angústia, inutilidade e frustração e as exigências da população que, às vezes, extrapolam a capacidade de resposta do ACS. Dentre as estratégias de enfrentamento, identificaram-se a reivindicação junto à coordenadoria, um programa para a promoção e prevenção da saúde mental do trabalhador ACS e o uso de antidepressivos.

Neste sentido, é de necessidade incluir, além da assistência integral aos portadores de doença mental no programa de saúde mental nos municípios de pequeno porte, ações que beneficie toda a população, inclusive os próprios profissionais de saúde.

5.2.2 Eixo Temático II – Orientar e Encaminhar

Questionou-se aos ACS sobre a recorrência de se depararem com alguma pessoa apresentando sintomas de insônia, falta de apetite e com sentimento de tristeza. Todos os 22 (100%) ACS afirmaram encontrar em sua área de abrangência pessoas apresentando tais sintomas. Em seguida, interrogou-se aos mesmos sobre as ações desenvolvidas ao identificar essas pessoas. A Tabela 5 apresenta as categorias com respectivas frequências e percentuais.

Tabela 5 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Insônia, Falta de Apetite e Sentimento de Tristeza.

Categorias	f	%
Encaminhar a ESF e Orientar	10	45,5%
Orientação	6	27,3%
Encaminhar ao especialista	3	13,6%
Encaminhar ao especialista e orientar	3	13,6%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa.

Na primeira categoria do eixo-temático II, *Encaminhar a ESF e Orientar*, apresentada por 10 (45,5%) ACS, identificou-se que os agentes ao se defrontarem com pessoas com sintomas de insônia, falta de apetite e sentimento de tristeza, prestavam as orientações necessárias e realizavam encaminhamento de maneira informal, segundo registros do diário de campo.

“Faço as orientações, se for muito agravante, de muito tempo que ela esteja assim eu encaminho ela para o médico da ESF” (Água-Marinha).

Destaca-se nesta fala que o ACS encaminhava os usuários da ESF apenas quando percebia que os sintomas eram agravantes e de muito tempo, fato sugere a carência de capacitação em saúde mental e o desconhecimento acerca da depressão, uma vez que a doença deve ser tratada desde o início, evitando o agravamento da mesma.

Tais resultados corroboram pesquisa realizada por Martins; Braga; Souza (2009) que objetivou analisar pesquisas brasileiras relacionadas à ESF e saúde mental perante a atual política de saúde e os princípios da Reforma Psiquiátrica, a partir de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados BIREME, LILACS, MEDLINE, SCIELO e ADOLEC, valendo-se dos descritores “saúde mental” e “Programa Saúde da Família”, na qual identificou uma produção restrita, o que pode ser indicativo de uma prática ainda insipiente, embora já definida em políticas públicas.

Dentre as publicações encontradas, houve experiências exitosas sentidas em algumas regiões brasileiras, em que havia o estabelecimento de uma rede de suporte em saúde mental, demonstrando a viabilidade e os ganhos advindos quando se articulam os saberes para o alcance de melhor estruturação das práticas com profissionais em equipe (MARTINS; BRAGA; SOUSA, 2009). Neste sentido, destaca-se a resposta:

“Quando a pessoa fala que não está dormindo e triste, primeiro eu pergunto a pessoa se tá com algum problema, porque tem muita gente que não dorme e já acha que é depressão (...) aí primeiro eu mando fazer uns medicamentos caseiros como chás e se não resolver, continuar triste e sem dormir, aí eu mando procurar o médico da ESF e algumas pessoas melhoram, mas outras não. Essas que não melhoram eu continuo visitando e aí é obrigado a procurar um psiquiatra mesmo e como aqui no nosso município não tem psiquiatra, tem que ser um do município vizinho de Crato ou então Barbalha, e estas consultas são particulares, algumas dessas consultas quem paga é a prefeitura. Não há um encaminhamento da ESF, as próprias pessoas é quem procuram o especialista para se consultar” (Malaquita).

Este resultado descreve de maneira sucinta e objetiva o percurso que a pessoa com sintomas de depressão enfrenta para conseguir um atendimento. Destaca-se a ausência de referência e contra-referência em saúde mental, a falta de acompanhamento da ESF para com estes pacientes e o tempo que estas pessoas esperam para serem atendidas, o que permite o agravamento da doença, e ainda mais, a falta de acompanhamento psiquiátrico desta pessoa, uma vez que a consulta particular exige condições distante do alcance das mesmas, além disso a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) não dispõe de recursos para consultas e revisões de todos estes pacientes.

Concorda-se com Coimbra *et al.* (2005) que a ESF pode ser uma das principais parceiras para a integração das ações em saúde mental, uma vez que ela é a porta de entrada do sistema e trabalha diretamente voltada e integrada com a atenção primária à saúde. Dessa forma, essa integração possibilitaria que a referência e contra-referência em saúde mental e o acompanhamento pela ESF para com os pacientes fosse uma realidade nos municípios de pequeno porte, assim como a implementação do programa de saúde mental nestes municípios. Vale destacar, que o sistema de saúde brasileiro tem passado por inúmeras mudanças, momento privilegiado para a implantação e a transformação efetiva na área de saúde mental.

“Primeiro a gente aconselha a procurar uma maneira para se ocupar, algum trabalho em casa que naquele momento ela se ocupe com alguma atividade para que esqueça aquele problema que tá causando aquela angústia, aquela tristeza, caso não resolva agente sempre aconselha a procurar um médico ver o problema que está agravando tudo isso, sendo este da própria ESF, mas que não há um acompanhamento do caso, é passado um antidepressivo e para naquilo, a pessoa fica tomando a medicação sem ter um acompanhamento porque para começar o médico é um clínico geral. Ele apenas medica e pronto! Às vezes a pessoa volta para trocar a medicação, mas um acompanhamento psicológico mesmo como deveria ter, não tem” (Alexandrita).

“Nesse caso é mais complicado, porque a gente não tem um psicólogo, não tem um psiquiatra para a área da ESF, não tem um CAPS que é um centro de referência para que a gente possa encaminhar esse tipo de pessoa, mas na medida do possível a ajuda que a gente pode dá enquanto pessoa é essa, de encaminhar mesmo para a ESF, se for uma falta de apetite persistente, se a pessoa tiver sem dormir a muitos dias ou usar de medicamentos alternativos mesmo, um chá de capim santo, erva cidreira que é um calmante. Evitar o consumo excessivo de café que é estimulante, e é por aí” (Topázio).

Nesses discursos, visualiza-se claramente a ausência de assistência às pessoas com queixas de sintomas depressivos, assim como a angústia dos ACS ao identificar tais sintomas e sua impotência na tomada de decisões sobre a problemática, além do confronto com a falta de resolutividade durante as visitas mensais.

No Brasil, algumas iniciativas de atenção psiquiátrica comunitária têm apresentado resultados satisfatórios, dentre elas a criação de condições para assistência aos pacientes psiquiátricos na comunidade com o suporte do hospital geral ou equipes de saúde mental ligadas à ESF, para intervenções em crise e acompanhamento domiciliar, partindo do princípio do compartilhamento de responsabilidades no cuidado e no acolhimento (REINALDO, 2008).

Ademais, concorda-se que apesar de não surtir resultados satisfatórios, à medida que os sintomas se agravam há um aumento no número de encaminhamento para a ESF, esse fato é notório ao comparar frequências e percentuais de tal categoria presentes nas Tabelas 4 e 5, dado unificado na Tabela 6 para melhor visualização e compreensão:

Tabela 6 – Integração das Frequências e Percentuais da Categoria *Encaminhar à ESF* expressa nas Tabelas 4 e 5.

Categoria: Encaminhar para a ESF	f	%
Expresso na Tabela 4 por apresentar sentimento de tristeza	5	22,7%
Expresso na Tabela 5 por apresentar sintoma de insônia, falta de apetite e sentimento de tristeza	10	45,5%

Dessa forma, comparam-se o aumento dos sintomas e a quantidade de ACS que realizavam o encaminhamento para a ESF, passando de cinco (22,7%) para 10 (45,5%), mesmo esse acompanhamento apresentando resultados insatisfatórios. Fato que se deve as quatro equipes da ESF, já que eram o único serviço de saúde existente no município que disponibiliza o atendimento destes pacientes. A este respeito, reconhece-se a necessidade da contratação de médico psiquiatra de apoio às ESF para a realização do diagnóstico precoce e acompanhamento destes casos, além de psicólogo.

A segunda categoria do eixo temático II, identificada nas entrevistas como *Orientação*, foi relatada por seis (27,3%) ACS ao identificar usuários da ESF com sintoma de insônia, falta de apetite e sentimento de tristeza.

“Disse para se aglomerar as outras pessoas de quem ela gosta, procurar conversar, e só” (Ametista).

Nessa fala, o ACS relatou a orientação apenas no sentido de distração ao aconselhar a procura de aglomerar-se a outras pessoas, o que permite firmar a deficiência de capacitação para lidar com questões de saúde mental, especificamente a depressão.

“Conversei com ela, vendo o porquê do caso que está acontecendo, a situação que a pessoa está passando naquele momento e a orientação (...) e depois, com alguns dias, a gente ver algum resultado pela força de vontade que a pessoa tem, a parcela de contribuição que ela dá, assim mesmo. Sozinha, sem ter ajuda, ajuda assim de outras entidades, ta entendendo? Mas com a orientação do ACS” (Calcita).

“Bom, a gente conversa e tenta mais ou menos, porque quando tá com esse problema de falta de apetite geralmente é algum problema (...) e quando a gente descobre que é uma depressão, a gente não tem nem muito o que fazer, por que a gente não tem a quem encaminhar, porque geralmente o que se tem nas ESF é um clínico geral e quando a gente encaminha para ele, solicita alguns exames e por aí para e fica difícil” (Turmalina).

Nesses discursos, o ACS sabe que ao encaminhar para a ESF os resultados serão insatisfatórios, opta-se por não mais encaminhar e continuar oferecendo apoio emocional e orientações de lazer e práticas alternativas.

A terceira categoria do eixo temático II identificada foi *Encaminhar ao Especialista*, três (13,6%) ACS informaram que recomendavam consultar diretamente um especialista, incluindo a indicação do psicólogo, sem contato prévio com a ESF e sem prestar maiores orientações.

“Eu mandei ela procurar um médico especialista” (Azurita).

“O que eu fiz foi orientar ela para que ela fosse procurar um especialista em outro município que aqui nós não temos ... E o que fiz foi encaminhá-lo para um profissional, ou seja um psicólogo também porque às vezes ela não precisaria nem tomar a medicação, às vezes só com o acompanhamento dele que é uma terapia e ela se afastaria do medicamento. Foi o que eu pude fazer por ela (...) (Sodalita). Encaminhei para o psicólogo. Assim, fiquei triste porque tem coisa que na realidade a gente não pode dá jeito (...) não vi resultado porque o psicólogo de Abaiara não trabalha muito com essa parte de problema mental, aí não teve resultado, eu só encaminhei, mas na verdade não teve resultado, e a pessoa deixou de ficar sendo acompanhada ...” (Água-Marinha).

As alternativas que estão ao alcance dos ACS quase sempre não surtem o resultado esperado. Por isso, a necessidade de ações desenvolvidas através de equipes de apoio matricial em conjunto com equipes da ESF e com ACS para auxiliar sujeitos envolvidos no contexto comunitário a lidar com as demandas existentes ao nível local passíveis de atuação na atenção básica (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009).

A quarta categoria do eixo temático II, *Encaminhar ao Especialista e Orientar*, foi apontada por três (13,6%) ACS, que além de encaminhar para o especialista ainda realizavam orientações de acordo com seus conhecimentos e realidade das pessoas:

“Oriente ela a tomar um chazinho de endro, cidreira, erva doce, para ajudar a dormir, se tá sem apetite que também o chá da cidreira ele tira o fastio. Porque esse fastio, já é por causa desse problema que ela tá sentindo, então em todo caso se ver que não melhora eu acho melhor procurar um médico especialista” (Fluorita).

O ACS por reconhecer o problema de atendimento aos estados depressivos em Abaiara orienta o usuário a procurar o especialista sem a anuência da ESF, uma vez que este conhece os resultados insatisfatórios ao encaminhar para a mesma. Infere-se que esta prática está enraizada no cotidiano dos ACS e a busca de resolutividade o faz agir de forma inadequada, mesmo que seu agir justifique a intenção de economizar tempo, uma vez que o atendimento da ESF não surte efeito. Além de encaminhar ao especialista, ainda realizavam orientações de acordo com seu conhecimento, como as práticas alternativas do uso de chás.

Consoante Paranaguá *et al.* (2009), o ACS emerge da comunidade e, por tanto, convive com a realidade do local onde mora e trabalha. Por ser ator importante da equipe da ESF, esse profissional tem o desafio de ampliar suas fronteiras de atuação, visando maior resolubilidade, uma vez que veicula os saberes e as práticas da população. Para tanto, utiliza-se de práticas complementares, destacando-se os chás medicinais para prevenção e tratamento de doenças físicas e emocionais.

5.2.3 Eixo Temático III – Reconhecendo a Gravidade dos Sintomas

Foi questionado 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. A Tabela 7 apresenta as categorias com respectivas frequências e percentuais.

Tabela 7 – Frequência e Percentual da Identificação de Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Insônia, Desesperança, Falta de Apetite, Vontade de desistir de tudo e Ficar isolado do mundo pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Categorias	f	%
Não estar dormindo, Com desesperança, Sem apetite, Com vontade de desistir de tudo, Ficar isolado do mundo	20	91%
Não estar dormindo, Com desesperança, Sem apetite, Com vontade de desistir de tudo.	1	4,5%
Não estar dormindo, Com desesperança, Sem apetite	1	4,5%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa.

Majoritariamente, vinte (91%) ACS afirmaram encontrar em sua área de abrangência pessoas apresentando sintomas depressivos, um ACS (4,5%) 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 ACS (4,5%) 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 Tabela 8 apresenta as categorias com respectivas frequências e percentuais.

Tabela 8 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar Usuários da Estratégia Saúde da Família com Sintoma de Insônia, Desesperança, Falta de Apetite, Vontade de desistir de tudo e Ficar isolado do mundo.

Categorias	f	%
Encaminhar ao especialista	4	18,2%
Orientar e encaminhar a ESF	3	13,6%
Orientação	3	13,6
Encaminhar a ESF	6	27,3
Ajuda Espiritual	3	13,6%
Apoio Emocional	3	13,6%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa.

A primeira categoria do eixo temático III, *Encaminhar ao especialista*, foi constituída por quatro (18,2%) ACS. O médico psiquiatra foi considerado capacitado para lidar com as questões que envolvem a saúde mental e para realizar o diagnóstico e prescrever o tratamento adequado. Contudo, o município de Abaiara não dispunha deste profissional e de um centro de referência que atendesse à demanda, sendo estas pessoas instruídas pelos ACS a procurarem por especialistas em municípios vizinhos e, em algumas das vezes, era disponibilizado o transporte e/ou a consulta com o especialista particular.

Outra alternativa que a SMS se utilizava para oferecer assistência em saúde mental era o encaminhamento destes pacientes para o CAPS do município de Brejo Santo-CE. Entretanto, apesar de o município aderir a estas alternativas, a demanda era maior do que a oferta do referido serviço, uma vez que, tanto o atendimento do CAPS quanto o investimento nas consultas particulares eram limitados, fazendo com que nem todos os pacientes que necessitam de assistência tivessem acesso a esta modalidade:

“Dei uns conselhos a ela, mas só que quando a pessoa tá assim eu sempre encaminho para uma pessoa que entenda mais, assim um médico, um psicólogo, um psiquiatra, porque é muito difícil a situação, (...) pra ter um atendimento melhor, pra que ela cure rápido o que ela tá passando. No nosso município, não existe psiquiatra, então as pessoas tem que pedir ao prefeito ou a alguém dele, a um secretário, aí passa muito tempo pra encontrar eles assim, é difícil encontrar eles, aí tem que pedir a eles a consulta do médico particular, às vezes é difícil, tem que

agendar, tem que fazer ligação para agendar, é muito difícil. Só se a pessoa tiver o dinheiro mesmo para fazer a consulta” (Água-Marinha).

Outro problema identificado nesta pesquisa remete à inexistência do acompanhamento destas pessoas pelo psiquiatra, uma vez que não há um acompanhamento do esquema psicofarmacológico deste paciente, motivo pelo qual o paciente permanece de dois a quatro 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 direto para o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, localizado na cidade de Crato-CE, pelo médico da ESF. As falas demonstram a situação de cronificação dos usuários:

“Geralmente eu converso com o médico do meu posto e tem gente até que já se internou no Santa Tereza muitas vezes, devido ao problema da tristeza, do desespero que está dentro de casa e a família leva” (Obsidiana).

“Eu já encontrei uma que tem todos esses sintomas, aí ela faz um tratamento em Recife, só que ela disse que mesmo tomando uma bateria de medicamentos, mesmo assim ela não se sente uma pessoa perfeita. Aí eu perguntei pra ela por que. Ela disse que mesmo tomando esses medicamentos ainda continua triste, chora muito, fica isolada e não dorme à noite. Aí, falei para ela que ela tem voltar para o médico, fazer outros exames, pra saber qual o medicamento dela certo, por que se ela ta sentindo esses mesmos sintomas é porque o medicamento não está servindo” (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 um grave problema para o município de pequeno porte.

Concorda-se com Reinaldo (2008) ao afirmar 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. Contudo, há desafios que precisam ser enfrentados e algumas questões devem ser priorizadas, tais como qualificar o atendimento, por meio da capacitação, do suporte matricial e da incorporação dos casos de transtornos psíquicos graves à assistência no território.

Outros três (13,6%) ACS se enquadraram na segunda categoria do eixo temático III, *Orientar e encaminhar a ESF*, mesmo quando estes pacientes apresentavam queixas de sintomas depressivos com maior intensidade, o que sugeriu um agravamento do quadro. Observou-se que as práticas de orientação ao lazer e uso de meios fitoterápicos continuavam, além do encaminhamento destes à ESF, mesmo com o acúmulo de insucessos na resolução e no controle.

“Encaminhei ela para o médico da ESF e mandei ela desabafar com um profissional da saúde que tivesse mais conhecimento sobre o caso e orientei também pra ela evitar de tomar café, fumar, tomar bastante chá” (Azurita).

“Eu como profissional de saúde, como a gente de saúde tentei conversar com ela e também orientei para que ela não ficasse nesse mundo. Voltasse a procurar as pessoas, conversar, às vezes até a vizinha porque às vezes a pessoa quando está com este estado depressivo ele se afasta do mundo, se sente isolado, e o que eu pude ajudar ela foi conversar, e encaminhar até mesmo para o médico da nossa área que ele lá ia indicar um profissional pra ela na área dela, ela tava precisando passar por um psicólogo (...). As vezes ela tenta até suicídio. Eu já conversei com uma da minha área que ela disse que pensou muitas vezes em suicídio, até no momento mesmo as coisas é tudo escondido, é faca, é foice que o marido dela guarda com medo dela por que devido à necessidade ela é obrigada a ficar em casa sozinha, eu oriento muito ao marido dela que não deixe, quando ele for trabalhar sempre peça a uma irmã dela pra ficar sempre acompanhando por que nesse momento pode acontecer essa fraqueza que ela... têm muitos assim (...), então são essas coisas as vezes também que acarreta da paciente as vezes chegar a esse ponto querer se isolar do mundo” (Sodalita).

Sabe-se que o desejo de morte e 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, fato que pode ocorrer em até 15% dos estados depressivos, encontra-se como a possível condição das depressões não tratadas (LIMA; MIGOTT, 2003).

No que diz respeito à terceira categoria do eixo temático III, *Orientação*, três (13,6%) ACS, assim se expressaram:

“A gente orienta, explica a essa pessoa não querer se isolar do mundo por que naquela vez que se ela se isolar, vai agravar cada vez mais o problema, deve procurar pessoas para conversar, pessoas da família, procurar não ficar parado, procurar fazer alguma atividade, se juntar a pessoas da família ou da comunidade, não se isolar, por que se ficar isolado vai ser provavelmente uma depressão futura” (Alexandrita).

“Que provavelmente ela tinha algum sintoma depressivo porque uma pessoa normal não deve apresentar esses sintomas, uma pessoa normal tem que tá dormindo, tem que ter apetite. E, principalmente, se a pessoa perdeu a esperança, tá com desesperança aí já é mais um pouco complicado. Então essa é a orientação que a gente pode dá como pessoa daquela família, que a gente se considera. Pra quem tem um trabalho de mais de 20 anos como o meu, a gente já se considera como pessoa daquela família. Mas infelizmente a gente não tem muito o que fazer por essas pessoas, porque assim, eu que já tive problema de depressão eu sinto muita vontade de ajudar a essas pessoas, mas a nível de acompanhamento a gente fica de mãos e pés atados porque a gente não tem a quem encaminhar essas pessoas” (Topázio).

Persiste nas falas dos sujeitos a continuidade das 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 sua prática de modo mais eficaz. As expressões *“vai ser provavelmente uma depressão futura”* e *“Que provavelmente ela tinha algum sintoma depressivo”*, demonstram a carência de capacitação dos ACS, pois apesar destes usuários apresentarem fortes sintomas sugestivos de depressão, em algumas situações os ACS apresentaram dificuldades para identificá-los.

Corroboram-se Martins; Braga; Souza (2009) que a inclusão da saúde mental na ESF é algo em construção, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na sua capacitação profissional, na infra-estrutura, criando condições que favoreçam articulação da rede de serviços integrada e que atenda as demandas sociais.

A quarta categoria do eixo temático III, *Encaminhar a ESF*, foi apontada por seis (27,3%) ACS:

“A gente sempre encaminha pra procurar o posto de saúde por que lá no posto de saúde é onde o médico vai identificar, seja o clínico geral mesmo que é o que a gente tem, de qualquer maneira ele vai identificar mais ou menos o que aquela pessoa tem, (...) mas muitas vezes agente fica sem saber o que fazer” (Turmalina).

“Converso muito com a pessoa e com as famílias e só encaminho. Porque o que nós podemos fazer é isso: encaminhar” (Aventurina).

A gente faz um encaminhamento para a ESF para adquirir no mínimo uma resposta melhor nessa questão, porque nós ACS trabalhamos mais com orientação e a questão preventiva, mas a questão que eu vejo que tá faltando muito é a prática, ou seja um profissional que atue naquela área e que no momento a gente tá carente disso, então nossa função como ACS é essa” (Turquesa).

“Falei pra sair, pegar os filhos de qualquer maneira e sair pra procurar ajuda, procurar se divertir, ajuda médica na ESF. Tem que ser assim, por que só eu pra conversar com aquela pessoa, eu ajudo com uma

palavra amiga tudo bem, um sorriso, um bom dia, tudo vale na vida da gente, só que essas pessoas que agente conversa, esses que agente percebe que estão muito pesados agente também fica, agente também sai muito pesada da casa desse tipo de pessoa porque a gente fica também com a mesma tristeza, por que agente ver aquela pessoa triste e não puder fazer nada por eles, é o fim! Por que agente não pode mesmo fazer nada” (Safira).

A impossibilidade de o ACS ajudar a estas pessoas é motivo de tristeza e angústia para estes, uma vez que eles acompanham todo o sofrimento dessas pessoas e, mesmo sendo um profissional da saúde, mesmo sabendo a importância de um tratamento eficaz, mesmo apresentando disponibilidade em ajudar, não encontram apoio, referência, causando sentimento de impotência. Vale destacar, que dos 22 ACS, quatro referiram sofrer com sintomas depressivos, o que pode comprometer o desempenho das competências exigidas para o ACS e não somente no reconhecimento dos estados depressivos.

Segundo Reinaldo (2008), as ações de saúde mental na atenção básica devem ser efetivadas e fundamentadas nos princípios do 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 que utiliza equipes matriciais de saúde mental na organização das ações de saúde mental na atenção básica e, dessa forma, os ACS teriam toda a equipe atuando conjuntamente, ou seja, receberiam o apoio indispensável para oferecer uma assistência de qualidade a estes pacientes.

A quinta categoria do eixo temático III, *Ajuda Espiritual*, foi apontada por três (13,6%) ACS:

“A primeira coisa que eu fiz é ver as coisas boas (...), depois a gente vai (...) mostrando a realidade de como é bom viver e como é bom estar unido às pessoas e que o isolamento não faz parte da vida do ser humano e sim, pode destruí-lo. O que a pessoa faz é se colocar o ACS a disposição (...) a ajuda maior vem de Deus, a força de vontade de viver vem do alto (...) é Deus que dá essa força desde que a pessoa busque” (Calcita).

“Que tenha fé em Deus que Deus é mais, e falei para não desistir” (Kunzita).

“Eu aconselhei para a pessoa não se desesperar, tem que ter esperança pra poder vencer na vida por que com fé em Deus e com esperança agente supera tudo” (Opala).

A ajuda espiritual é 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 torna-se impossível a intervenção humana, seja por falta de recursos, disponibilidade, limites médicos ou até mesmo acesso, ou seja, quando é esgotada a esperança de um atendimento, de um tratamento, de controle ou cura da doença. É como diz a expressão popular “*agora somente Deus...*”. 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, Almeida; Stroppa (2009) afirmaram que 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 o modo como 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.

Em relação à sexta categoria do eixo temático III, *Apoio Emocional*, citada por três (13,6%) ACS, diz respeito à oferta de palavras de ânimo e ajuda, no intuito de transmitir mensagens positivas, na tentativa de neutralizar a negatividade característica da depressão:

“Que nada nesse mundo vale a pena a gente desistir dos nossos objetivos e não é a gente se isolando do mundo, ficando quieto e parado num canto que a gente vai resolver nossos problemas não, então para todos os problemas existe a solução e é levantar a cabeça, seguir em frente e lutar para não deixar que a tristeza nos vença” (Fluorita).

“Pra pessoa não pensar em coisas negativas, não pensar em ficar isolado, não ficar triste, nem pensar em suicídio, tentar se alimentar, tentar dormir bem e ficar sempre animado, não ficar triste e ser animado acima de tudo. Procurar pessoas que tenha boas conversas” (Pedra da Lua).

Constatou-se que os ACS demonstraram dedicação em seu trabalho ao procurar diversas formas e maneiras para ajudar as pessoas com sintomas depressivos, que a mais das vezes geram insatisfação e baixa resolutividade para as ações de orientações, encaminhamentos, apoio emocional, ajuda espiritual, uma vez que apesar de serem importantes, não são suficientes para se obter resultados satisfatórios, o que repercute diretamente no agravamento do quadro.

De acordo com Martins; Braga; Souza (2009) considerar práticas de atenção em saúde mental na atenção primária à saúde representa a probabilidade de 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.

5.2.4 Eixo Temático IV – 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 encontram 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 pelo menos chamasse a sua atenção.

Constatou-se o quanto é frequente encontrar pessoas perambulando com alteração de comportamento no município de Abaiara. Nos registros do diário de campo sobre essas pessoas, descobriu-se que eram geralmente aposentadas, em que familiares se utilizavam desse benefício para sustento próprio e não se responsabilizavam pela promoção do bem-estar do beneficiário, ficando estes vagando pelas ruas, estradas, tanto na zona rural quanto na zona urbana, a mercê da caridade, muitos mendigavam por um prato de comida ou um copo de água. Paradoxalmente, muitas das vezes, é comum encontrar pessoas oferecendo bebidas alcoólicas, usando do desequilíbrio mental destes para meio de gozação, chacotas e piadas, total desrespeito à condição humana.

A doença mental para a família se revela com muita dificuldade no cuidar diário e que provoca sofrimento. A família, muitas vezes, tem a intenção de cuidar, no entanto, muitas vezes o que falta é a estrutura e o apoio para que este cuidar seja realizado de forma adequada (SILVA; SADIGURSKY, 2008). Dessa forma, outra lacuna observada no município de Abaiara foi a inexistência de orientação aos familiares de pessoas apresentando distúrbios mentais, sendo outra necessidade que deve ser pensada e abordada.

Interrogou-se aos ACS sobre as ações desenvolvidas ao identificar essas pessoas com visível mudança de comportamento. A Tabela 9 apresenta as formas de resolutividade apontadas pelos ACS.

Tabela 9 – Frequência e Percentual das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde ao Identificar pessoas com mudança de comportamento.

Categorias	f	%
Nada fez	17	80,9%
Encaminhar	3	14,3%
Orientou procurar a igreja	1	4,8%
Total	22	100%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa.

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 IV *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, falta de instrução e capacitação para proceder.

Relataram ainda que mudaram de calçada ou de rua para não ter que se encontrar com estas pessoas.

“Essa pessoa que eu vi, não tinha como se comunicar com ele porque ele era muito agressivo, ficava xingando as pessoas, não tinha como ter diálogo com ele” (Gipsita).

“Tentei saber o motivo que a pessoa tava assim, mas como ela tava perturbada, não me deu resposta alguma aí num fiz nada” (Jaspe).

“Nesse momento eu passo e não faço nada [risos]. Pela atitude que essa pessoa pode causar” (Alexandrita).

“Eu não fiz nada, por que eu já encontrei, mas tenho medo de lidar com aquela pessoa, tenho medo de chegar até perto” [risos] (Kunzita).

“Não disse nada e não fiz nada até por que agente encontra uma pessoa nessa situação na maioria das vezes agente tem medo, se afasta porque nem sempre agente está preparada para receber uma pessoa com esse tipo de problema” (Ametista).

“Principalmente aqui onde agente mora, tem muitas pessoas com desequilíbrio mental e algumas agente até que ainda ajuda, oferece um café, oferece um prato de comida e água que às vezes eles pedem na porta, mas na maioria dos casos essas pessoas assim, são causa de medo e são discriminados até pela própria família mesmo que não compreende, que não dá o devido acompanhamento, também não são preparadas para cuidar dessas pessoas e é isso” (Topázio).

“É difícil de fazer uma abordagem a uma pessoa como essa, (...) na verdade eu não sei nem o que fazer, por isso não fiz nada, pelo contrário, mudei foi o caminho” [risos] (Fluorita).

Eu não disse nada por que eu não posso fazer nada por que o nosso município não tem nada a fazer, (...) não pude fazer porque devido no nosso município não ter o acolhimento, não ter um profissional para atender a esse tipo de pessoa” (Sodalita).

“Simplesmente nada! Às vezes a gente ainda cumprimenta e vai indo” (Turmalina).

“Nada, não pude fazer nada. No caso agente não tem como orientar por que você sabe das dificuldades aqui. Pra encaminhar uma pessoa dessa, por que agente num tem esse tipo de tratamento” (Ônix).

Observou-se a presença do medo na simples aproximação para entrar em contato com estas pessoas, 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, fazendo-o negar ações que beneficiariam tais sujeitos, por reconhecer a inexistência de assistência para com estes no município, tornando-se impotente diante da condição de estado depressivo.

Segundo Barros; Chagas; Dias (2009), os ACS apresentam 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.

A deficiência na formação em saúde mental dos ACS faz com que os mesmos se anulem diante de um portador de doença mental encontrado na rua. Conforme Rios (2007), o contato muito próximo e recorrente dos ACS com a comunidade permite a identificação de situações graves de sofrimento em saúde mental, apesar de sua presença constante, são

sempre complexos e pouco conhecidos para a maioria dos profissionais da saúde que não são da área psíquica, tornando o trabalho ainda mais penoso.

A segunda categoria do eixo temático IV, *Encaminhar*, apontada por três (14,3%) ACS, correspondeu ao encaminhamento como ação realizada ao se identificar pessoas apresentando mudança de comportamento, presente nas falas:

“(...) se ele toma remédio eu oriento a tomar o remédio direitinho porque muitas vezes é as pessoas que não tomam aquele medicamento direitinho (...) encaminho para ir no médico da ESF e o médico da ESF encaminha para o Hospital Psiquiátrico, aí eu já não sei o que fazer, (...) muita gente aqui não sabe nem o que é um psicólogo e um psiquiatra, essas coisas, não sabe, então a gente só encaminha para a ESF e lá ele passa um remédio controlado ou encaminha a um Hospital Psiquiátrico ou não sei. Quando a pessoa chega do hospital psiquiátrico não há um acompanhamento da equipe, só o nosso do agente de saúde e o que nós pode fazer a gente faz, o que não podemos não faz (...)” (Aventurina).

É 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. Somente o ACS continua visitando-o mensalmente, como rotina nas visitas domiciliares ou encontrando-o na via pública na sua condição de invisibilidade social. A principal intervenção realizada pelos profissionais de nível superior da ESF é o encaminhamento para profissionais especializado, ou seja, não é realizado o acompanhamento dos casos que retornam das internações ou consultas especializadas, bem como ações de prevenção.

Os resultados obtidos neste estudo assemelham-se aos resultados de pesquisa realizada com enfermeiros da ESF de um município do Estado de São Paulo. Identificaram-se lacunas na assistência prestada ao sujeito acometido pela depressão. Naquele Estado, evidenciou-se dois fatos: 83,33% dos entrevistados apresentaram respostas adequadas em relação às intervenções, porém com escassez de atitudes; e 16,67% não responderam ao questionamento sobre essas intervenções. A atitude mais citada foi encaminhar a outros profissionais. Além disso, foi constatado que os mesmos possuíam deficiências no conhecimento sobre fatores de risco, estratégias de prevenção, medicamentos antidepressivos e diagnósticos de enfermagem específicos, sendo tais conhecimentos fundamentais para a atuação do enfermeiro na ESF (SANTOS; LOPES, 2007).

“Levei ao médico da ESF nesse momento, estava muito suja, suada, cansada, (...) porque devido aos problemas de estar em casa com a família que passa fome, que sofre, que sente dor em casa de tanto sofrimento, aí se torna uma pessoa depressiva” (Obsidiana).

As dificuldades financeiras decorrentes das características socioeconômicas do município pareceram influenciar no surgimento de sintomas depressivos. Pesquisa realizada por Santos; Kassouf (2007) com o objetivo de investigar a relação entre fatores socioeconômicos e depressão mental constatou que a renda familiar mensal *per capita* mostrou-se como um fator desencadeante de depressão, tanto para os homens quanto para as mulheres. No entanto, os dados revelaram que ela é maior entre os homens com histórico de depressão. Um fator que, supostamente, afeta a saúde mental dos indivíduos diz respeito ao padrão de vida. Naquele estudo, utilizou-se a renda familiar mensal *per capita* como variável, cujos resultados indicaram haver relação inversa entre padrão de vida e probabilidade de indivíduos, de ambos os sexos, apresentarem depressão.

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

“Olha, teve um caso uma vez aqui que eu me deparei com esta pessoa, e ele vinha com uma desesperança muito grande e ao se aproximar eu tive medo, por que é uma coisa que você não está esperando e eu cheguei para ele e perguntei: O que está acontecendo? Tais muito aflito e chorando. E ele disse que naquele momento a vida dele não tinha mais sentido e que ia se matar. Ai eu disse: (...) pra buscar Jesus Cristo como único salvador, aquele que dá força e coragem (...) jamais ele quer que você se destrua nesse momento, busque a fé. Eu sei que você tá passando por um momento muito difícil, mas 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 naquela hora, Deus falou, por que depois ele veio e disse: Olhe, eu lhe agradeço muito por aquele momento, porque 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 por falta de tratamento adequado.

Para Almeida; Stroppa (2009), 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.

5.2.5 Eixo Temático V – Trabalho Difícil, Triste e Desanimador

Questionou-se aos ACS acerca da atuação em uma microárea, na qual existem pessoas com sinais de depressão e sem disposição de recursos e suporte da rede de serviços em saúde mental no município de Abaiara. A Tabela 10 apresenta as categorias com respectivas frequências e percentuais.

Tabela 10 – Frequência e Percentual da descrição do trabalho dos Agentes de Saúde ao atuar em uma microárea com pessoas com sinais de depressão em município sem ação específica para resolutividade da problemática.

Categorias	f	%
Muito difícil	16	72,7%
Muito triste	5	22,7%
Desânimo	1	4,6%
Total	22	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 22 ACS entrevistados, a maioria, 16 (72%) se enquadraram na primeira categoria do eixo temático V, *Muito Difícil*:

“(...) Tenho um sentimento horrível por que a gente ver as pessoas com dificuldade, sofrendo e não tem como ajudar, e se as autoridades pudessem fazer alguma coisa por essas pessoas será muito importante por que só assim agente vai saber como ajudar” (Jaspe).

“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).

Nessas falas, é possível identificar que o sentimento expresso é de inutilidade ao referirem “*ficar de mãos atadas*” e “*não ter como ajudar*”, uma vez que trabalhar sem

condições de exercê-lo com êxito torna-o difícil, inoperante, improdutivo e fica descreditado pela comunidade.

“Você não tem uma equipe especializada para trabalhar aquela família, é agravante mesmo o caso, você sofre por que estamos morando num Município muito carente, onde não tem nada que acompanhe pessoas com esse tipo de problema, é um Município pacato, sem recurso algum voltado para esse problema e agente precisa de uma equipe que trabalhasse justamente com essas pessoas que seria muito importante” (Alexandrita).

“É difícil por que assim, você ver muita gente sofrendo, (...) por que quando uma pessoa adoce daquela família sofre toda a família,(...) é muito difícil você ta convivendo com essas pessoas sem ter o que fazer, sem ter recurso, a distância, muitas vezes nem carro tem (...) todo mundo sofrendo e você sofre também e não pode fazer nada, aí a nossa solução qual é? Nós só temos uma ESF, somente! E mais nada. E aí, fica como Deus quer. É difícil, (...) É difícil! É muito difícil! E é como eu disse, difícil pra agente e para as famílias. Sofre todo mundo! Sofre toda a equipe” (Aventurina).

A presença de sofrimento no ambiente de trabalho é reflexo da não atenção à saúde do trabalhador, adensam as questões dos próprios ACS com sintomas de angústia vivenciada e compartilhada com os usuários da ESF, extensivo aos familiares. Tal peculiaridade torna os casos de depressão em uma situação de constantes re-ajustes familiares e profissionais, respeitando o grau de intensidade dos sintomas, pois nem a família e nem o município dispõem de recursos para oferecer o tratamento necessário. Concorda-se com Valentini *et al.* (2004) que em áreas carentes os recursos são escassos, principalmente com relação aos serviços de saúde mental.

Nesses locais, os clínicos são insuficientes e a disponibilidade de atendimentos psiquiátricos é praticamente inexistente.

“É muito difícil, se trabalhar com os pacientes da nossa microárea, por que não temos para onde encaminhar (...) a gente fica de mãos atadas, porque nossas pessoas precisam da nossa ajuda, eles precisam ser acompanhados (...) quando agente tem um profissional que fica te acompanhando dia a dia, ele vai ajudar a nós ACS e vai ajudar o paciente que está precisando ainda mais. Nós sabemos que no nosso município de pequeno porte existem várias pessoas com esses sintomas e nós precisamos urgentemente de alguém que possa dá essa parcela de contribuição, ajudar o nosso Município, é o momento que nós estamos clamando por essa ajuda, (...) precisamos urgentemente de pessoas solidárias que possa ajudar o nosso Município e a essas criaturas, por que são pessoas humanas, são filhos de Deus e que precisa estar junto a nós na sociedade e sabemos que essas pessoas estão se isolando cada vez mais, eles precisam muito, muito e nós clamamos que isso possa

acontecer no nosso Município e esse momento será celebrado com uma ação de graças (...) cada pessoa que precisa ter de volta a sua vida, a sua alegria, o seu entusiasmo e o seu bem estado de viver e atuar como bons cidadãos. Clamamos mais uma vez, fazemos esse apelo aos nossos irmãos, às nossas autoridades, pessoas que tenha um bom coração para que possa ajudar e na hora que chegar será celebrado com amor e gratidão à pessoa maior que é Jesus Cristo” (Calcita).

O sentimento de desespero expresso pelo entrevistado acima, pode ser sintetizado na expressão “*clamar urgentemente*” por ajuda, e ainda, destaca que essas pessoas são “*humanas*”, o que permite a afirmação que estas não estão sendo tratadas como tal.

“É difícil por que agente encaminha para o posto de saúde, mas lá o médico não é especialista, às vezes ele quer ajudar também, mas às vezes ele não consegue por que ele não é especialista naquele caso, como é que eu vou ajudar aquela pessoa se eu não entendo nada do caso daquela pessoa? Ai fica difícil” (Kunzita).

Destaca-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 a 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.

Estudo realizado por Martins; Braga; Souza (2009) identificou que dentre as lacunas que impedem o trabalho conjunto da ESF e saúde mental, destaca-se a carência dos profissionais da ESF de bases apropriadas para o manejo adequado das questões ligadas à saúde mental. Em relação a isso, soma-se a sobrecarga de trabalho no serviço, a ausência de capacitação, as falhas do sistema de referência e contra-referência e a falta de direcionamento das políticas públicas em âmbito municipal com ênfase na atenção à saúde mental no âmbito da atenção básica a saúde.

Vale destacar que segundo Peluso; Blay (2008) que dentre as pessoas que apresentam sintomas depressivos na atenção básica, apenas uma pequena parte recebe tratamento apropriado, e sobre elas, o estigma pesa de forma significativa. A forma como a população identifica os sintomas de depressão e as crenças sobre sua etiologia podem influenciar o comportamento da comunidade em relação aos portadores desse transtorno.

Neste sentido, a capacitação dos profissionais da ESF devem ir além da clínica, uma vez que de acordo com Martin; Quirino; Mari (2007), a depressão pode ser

compreendida com referência ao segmento cultural. A cultura não somente coloca ênfase diferencial em emoções particulares, mas pode designar atribuições específicas para a intensidade de suas experiências, assim como sua expressão. O melhor entendimento da ocorrência da depressão deverá considerar muito mais do que simplesmente os sintomas expressos pelo paciente. 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, como exemplificado:

“A gente fica muito preocupada, porque além da comunidade ser de difícil acesso, ainda tem o problema de dinheiro porque as pessoas são carentes, porque essas consultas é tudo cara, aqui tem um paciente que se trata com Dr M, a consulta é R\$ 200,00 e aquele agricultor nunca tem, (...) aí você paga a consulta e ainda paga o medicamento, é tudo caro, e ainda, a primeira vez ele passa um medicamento, aí quando você vai para a revisão ele já tem que mudar algum medicamento e tudo é de alto custo e tem pessoas que não dorme sem ter o medicamento de jeito nenhum, aí se tivesse aqui um médico que tratasse desses casos assim seria bem melhor pra agente”(Pedra da Lua).

O presente quadro 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 de medicação e as posteriores consultas. Concorda-se com Fleck *et al.* (2001) que o acompanhamento destes pacientes é extremamente necessário, uma vez que aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas, sendo quatro a mediana de episódios ao longo da vida.

Destaca-se que 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. Com base nos resultados deste estudo, sugere-se a disponibilidade de um psiquiatra como suporte às ESF, conforme defendido por Coimbra *et al.* (2005), assim a população também passaria a ter acesso à medicação gratuita, e conseqüentemente, ao acesso ao tratamento adequado.

“Pra mim é muito difícil por que eu quero fazer alguma coisa por essas pessoas e não consigo, por que essas pessoas precisam da ajuda de um médico e a nossa área não tem um médico específico para esse tipo de coisa, (...) precisa também de uma enfermeira especialista que acompanhe agente nesses casos (...) por que a pessoa tá nesse ponto, com esses sintomas é só tristeza, num quer receber ninguém, se a gente

chega na casa pra fazer alguma visita, essas pessoas se recusam em receber a gente (...) só quer se isolar, ficar num quarto trancada, não quer ver pessoa falando perto, é tudo isso, é assim: como se o mundo tivesse fechado as portas, entendeu? (...) Eu conheço pessoas que acabou tudo, sexo, tudo acabou na cabeça dessa pessoa (...) o jeito é tentar lutar pra ver se continua por que se não lutar” [silêncio] (Safira).

Destaca-se que, além da necessidade de um médico especializado, sugere-se a de um enfermeiro especializado, o qual seria responsável pela elaboração, implementação, execução, acompanhamento e avaliação do programa de saúde mental, intensificando a parceria com os ACS ao priorizar as visitas domiciliares sob a supervisão dos mesmos aos casos mais agravantes, como também a realização de triagens, encaminhamentos formais e realização de referência e contra-referência em saúde mental.

“É chocante esse momento pra agente [silêncio] não é fácil você chegar a uma pessoa com esse tipo de problema e você não puder fazer nada por aquela pessoa, por que agente não tem, o Município não tem um profissional ou seja, o próprio Estado talvez não se interesse em ajudar o município aí fica a desejar, a gente, eu só fico é magoado com aquela situação (...) Eu tô sempre a disposição, vamos nas casas, eu vou nas casas com você dessas pessoas e vamos buscar solução no município, no Estado e na União, o importante é que agente cace um meio de trazer os profissionais para o nosso povo (...) Se nós tivesse algum tipo tratamento talvez evitasse tantas complicações” (Sodalita).

Constatou-se a evidência da dificuldade em trabalhar em uma microárea, em que existem pessoas com sinais de depressão e sem suporte, tratamento e insumos disponíveis aos usuários da ESF no Município. A problemática pode ser condensada no desabafo quando o ACS relata que “*não é fácil...*”. O sentimento identificado traduz-se em mágoa, na qual, segundo os registros do diário de campo, origina-se das dificuldades encontradas pelo poder público ao solicitar ações efetivas, eficazes e eficientes que beneficiem a saúde mental e estas, não serem atendidas.

Segundo Martins; Braga; Sousa (2009), a ESF é o local estratégico para o desenvolvimento de práticas no âmbito da saúde mental de forma sensível às necessidades da clientela. Contudo, observou-se na fala a insatisfação resultante da incoerência entre as ações propostas na teoria e as reais condições da prática.

“É complicado, deixa muito a desejar pelo fato que as pessoas em primeira mão procuram agente ACS, (...) e agente ver só barreira, só dificuldade (...) vem a questão do transporte, vem a questão do Município ser carente de um profissional a altura que não temos, que não é disponibilizado, vem a questão financeira que as pessoas tem que se deslocar até um centro como Juazeiro do Norte para fazer consulta, consulta essa muito cara, a medicação nem se fala,

(...) as ajudas são inexistentes e a esperança de ter um profissional no Município não se fala, ninguém se pronuncia, ninguém se promete e vai aparecendo outros casos, o problema vai ficando velho e mais difícil de cura ou pelo menos do controle e nós ACS (...) fica muito assim até sem credibilidade (...) é esse povão que ta sofrendo, é esse povão que precisa se feita alguma coisa por eles, precisam ser vistos (...) agente ta sozinho no campo, pelo menos nessa área de saúde mental, (...) sei que o sofrimento ta aí, as pessoas com essa carência muito grande. (...) a população aqui tem um nível baixo em termos de renda (...) muitas vezes tem dificuldade até de se alimentar, de comprar uma roupa e tal, e diante dessas situações agente fica muito sem saber o que faça, de mãos atadas, mesmo as pessoas nos procurando, se abrindo com agente, conversando com agente e agente não encontra uma forma, uma luz, uma brecha para fazer um encaminhamento certo para que essas pessoas sejam atendidas de forma pelo menos regular para que seus problemas sejam solucionados, pelo menos seja tentado ser solucionado. Então agente só fica na esperança de que as coisas melhorem, que o SUS evolua e que os homens tenham boa vontade de trabalhar pela saúde da gente (...) (Turquesa).

A fala expôs o surgimento de novos casos e os velhos desafios, reafirmando o agravamento dos casos já existentes e consequente cronificação, quando referiu “*vai aparecendo outros casos, o problema vai ficando velho e mais difícil de cura ou pelo menos do controle*”. Tal destaque compromete a atuação do ACS, colocando em risco a credibilidade do mesmo, quando este relata “*(...) e nós ACS (...) fica muito assim até sem credibilidade*”.

Com base em Paranaguá *et al.* (2009), o ACS estabelece uma relação de confiança com a comunidade, esse vínculo possibilita a compreensão dos problemas e 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.

Outro aspecto de grande valia e relatado nessa fala, foi apontada quando o ACS afirmou “*a gente tá sozinho no campo, pelo menos nessa área de saúde mental, (...)*”, uma vez que os ACS são acompanhados pelos profissionais de nível superior e conseguem resultados eficazes no que se refere aos demais problemas identificados em suas microáreas, mas no caso da saúde mental o mesmo não acontece, o que permite a falta de acesso destes pacientes a porta de entrada do sistema.

Assim, Martins; Braga; Souza (2009) ao apresentar as limitações do serviço prestado pela ESF ao lidar com as demandas em saúde mental, relatam que os profissionais da ESF ainda baseiam suas intervenções nos direcionamentos dados pelo Ministério da Saúde, em programas de atenção específicos para criança, mulher, hipertensos, entre outros, não assumindo o caráter estratégico da assistência integral baseada na promoção na saúde.

Desse modo, os problemas identificados pelos ACS em suas microáreas e que fogem aos programas direcionados pelo Ministério da Saúde, não recebem a mesma atenção e intervenção por parte dos profissionais de nível superior da ESF, fazendo com que os ACS permaneçam sozinhos no campo ao identificar problemas de saúde mental.

Scóz; Fenili (2003) ao reafirmarem a importância da integração dos serviços substitutivos na ESF destacam que a compreensão dos vários níveis que compõe a complexidade do trabalho territorial, apontada pelas reformas substitutivas, garante o cuidado integral, tanto quanto, reafirma a responsabilidade de todos os envolvidos para a sua continuidade.

“Para mim, eu me sinto quase inútil por que eu tenho um desejo muito grande de fazer um trabalho mais eficiente, e eu acho uma deficiência nisso aí, por que nós estamos trabalhando com a saúde e ao mesmo tempo a saúde mental fica de lado, (...) e essas pessoas que estão ao meu lado é um ser humano, é meu irmão, é uma pessoa que sofre igual a mim, é uma pessoa que me deixa emocionalmente triste também por estar do lado dele e não poder fazer nada e ao mesmo tempo eu também me sinto deprimida por que não posso fazer nada por aquela pessoa. Pra mim é como se estivesse faltando um pedaço do atendimento por que são muitas pessoas que precisam na minha área, (...) é uma área de periferia, de vários jovens que às vezes se envolvem com drogas (...) os pais se tornam depressivos, chorando pelos cantos (...) eles precisam de um atendimento de pessoas preparadas para que pudessem levar uma vida digna (...)” (Obsidiana).

Reafirma-se a deficiência especificamente na área da saúde mental, traduzida neste recorte de fala *“a saúde mental fica de lado, (...)”* e *“é como se estivesse faltando um pedaço do atendimento”*, o que compromete a acessibilidade do portador de saúde mental ao atendimento básico e preventivo de saúde.

De acordo com Martins; Braga; Souza (2009) são vários as limitações para a abordagem da saúde mental na ESF, dentre estas a demanda elevada, o pouco manejo dos profissionais da ESF na área da saúde mental e a priorização das ações em outras áreas, uma vez que segundo Santos; Kassouf (2007) na maior parte do mundo, a saúde mental dos indivíduos não é vista com a mesma importância que a da saúde física.

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 a situação das pessoas, saber que o problema existe, 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).

Martins; Braga; Souza (2009) afirmam que 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-levés. 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.

E 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 (...) as vezes agente desanima um pouco diante das dificuldades. Por eu ter tido problemas depressivos, eu tenho muita vontade de ajudar essas pessoas que também enfrentam essa dificuldade (...) já tentei descobrir de alguma forma como ajudar essas pessoas. Se agente pudesse contar com um apoio, um treinamento maior por parte da saúde mesmo, 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 agente ter pra encaminhar essas pessoas (...) quando a gente fala de depressão, agente sabe que é uma doença que pode ser prevenida. Que tem muitas coisas que a gente pode fazer (...) a gente nem 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 na pesquisa realizada por Martins; Braga; Souza (2009) 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 a fim de efetivar os ideais da Reforma Psiquiátrica no âmbito da atenção básica.

Solicitou-se aos ACS visita às casas das pessoas que apresentavam sintomas depressivos, todos os 22 (100%) ACS concordaram em realizar estas visitas domiciliares em cada microárea, das zonas rural e urbana das ESF de Abaiara-CE. Ao concordarem em acompanhar a mestrandia nas visitas domiciliares, os ACS ofereceram condições a mesma de aplicar o inquérito de Beck aos usuários da ESF apresentando sintomas depressivos, sendo estes resultados apresentados na seção 5.3 deste estudo.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APRESENTANDO SINTOMAS DEPRESSIVOS

Participaram desta etapa do estudo sobre sintomas depressivos, 64 usuários da ESF, indicados pelos ACS em sua microárea. A faixa-etária destes participantes variou de 20 a 80 anos, apresentando uma média de 45 anos. Estes dados encontram-se distribuídos na Tabela 11.

Tabela 11 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto à faixa-etária.

Faixa-etária	f	%
20 a 30	10	15,6%
31 a 40	21	32,8%
41 a 50	17	26,6%
51 a 60	3	4,7%
61 a 70	7	10,9%
71 a 80	6	9,4%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela constatou que 10 (15,6%) usuários da ESF pesquisados afirmaram ter de 20 a 30 anos, 21 (32,8%) de 31 a 40 anos, 17 (26,6%) de 41 a 50 anos, 3 (4,7%) de 51 a 60 anos, 7 (10,9%) de 61 a 70 anos e 6 (9,4%) participantes afirmaram ter de 71 a 80 anos. Contudo, apesar de a maioria, 21 (32,8%), dos participantes desta pesquisa afirmarem ter de 31 a 40 anos, não houve evidência de que a depressão está relacionada à faixa-etária, uma vez que a apresentação deste dado possui apenas a finalidade de caracterização da

amostra, o que permite visualizar que a doença está presente em todas as idades da população abaiarense.

De acordo com as observações registradas no diário de campo, usado em todas as etapas do estudo, foram apresentados pelos ACS um número significativo de crianças, adolescentes e pessoas com idade inferior a 20 anos apresentando sintomas depressivos, não inclusos neste estudo, porém realizou-se uma visita de reconhecimento destes domicílios, atendendo o convite dos ACS, como forma de gratidão e recompensa, uma vez que a mestrandia era profissional da saúde do município estudado. Considerou-se relevante essa informação, uma vez que através desta ampliou-se a compreensão da problemática a partir do número de pessoas apresentando sintomas depressivos no município de Abaiara/CE e constantemente identificado pelos ACS.

No que diz respeito ao sexo, dos 64 participantes, 56 (87,5%) eram do sexo feminino e apenas 8 (12,5%) eram do sexo masculino. A maioria das pessoas apresentando sinais depressivos e identificadas pelos ACS's foram do sexo feminino. Esse dado deve-se, de acordo com os registros do diário de campo, à maior permanência das mulheres no domicílio e conseqüentemente maior contato com o ACS, o que favorece a identificação por parte deste profissional.

Outro fato que pode ter relação com este dado, diz respeito à migração dos homens do município de Abaiara a procura de emprego em outros municípios e Estados brasileiros, deixando a mulher e filhos, mantendo-os financeiramente à distância, por não possuir condições estruturais de levá-los e mantê-los no local onde trabalha. Tal constatação deve-se à reduzida oferta de empregos no município de Abaiara.

Segundo Narciso; Brandão (2008), as migrações sempre ocorreram como forma de tentar reproduzir o capital inexistente no interior que, com a seca, o investimento na agricultura, tornou-se inviável. Em decorrência das precárias condições de instalação na região de trabalho, migra apenas o chefe da família, tornando, assim, a mulher, responsável pela casa e filhos, enquanto o homem segue “correndo trecho” em busca da “tal melhoria de vida”. O pai de família sai, mas sonha e busca retornar para a casa, tanto o pai, como a família que fica desejam estar juntos no município de origem e a migração somente acontece em função da necessidade financeira, tendo que enfrentar a ausência dos entes queridos e um trabalho quase sempre mal remunerado e em péssimas condições.

Vale destacar que nem o Programa Bolsa Família, do Governo Federal, conseguia prover o sustento da família, surgindo a necessidade do chefe de família buscar meios de

sobrevivência em trabalhos temporários. Dessa forma, prejudicando o funcionamento e o desenvolvimento psicoafetivo da família com repercussão nos filhos.

O grau de escolaridade dos usuários da ESF participantes deste estudo foi discutido a partir da Figura 4.

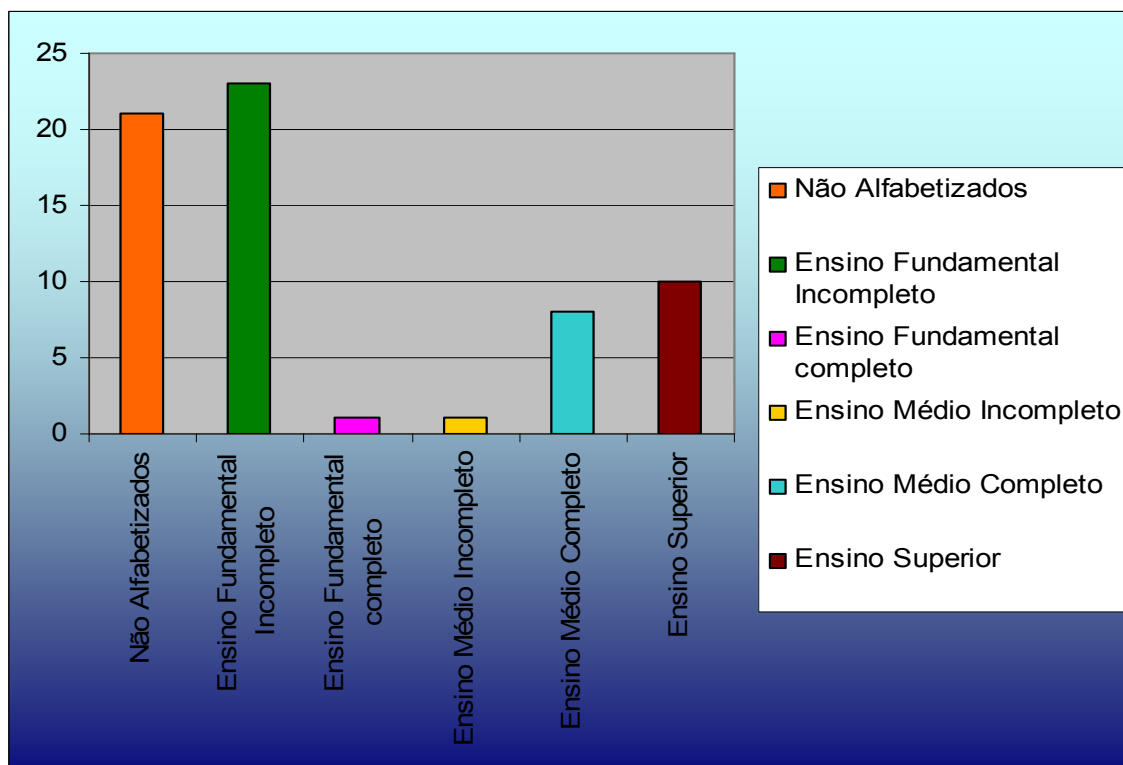


Figura 4 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto Grau de Escolaridade

Verificou-se que 21 (32,8%) dos usuários de sintomas depressivos não eram alfabetizados, 23 (35,9%) afirmaram ter cursado o Ensino Fundamental Incompleto, um (1,6%) o Ensino Fundamental Completo, um (1,6%) o Ensino Médio Incompleto, 8 (12,5%) o Ensino Médio Completo e 10 (15,6%) o Ensino Superior.

Constatou-se que a maioria não foi alfabetizada, 21 (32,8%), ou cursou apenas o Ensino Fundamental, 23 (35,9%), juntos perfazem um total de 44 (68,7%). As demais categorias apresentam frequências menos expressivas, embora não menos importante para a compreensão do objeto de estudo. Esses dados refletiram o contexto econômico das famílias que vivem em um município pequeno, em comunidades periféricas ou até mesmo na zona rural, a mercê da pobreza, do baixo grau de escolaridade e da falta de emprego.

O estado civil dos usuários da ESF com sintomas depressivos foram expressos na Tabela 12, demonstrando que dentre os pesquisados, 11 (17,2%) referiram ser solteiros, a maioria, 83 (58,3%), casados, 4 (6,3%) divorciados e 11 (17,2%) viúvos.

Tabela 12 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto ao Estado Civil.

Estado Civil	f	%
Solteiro	11	17,2%
Casado	38	58,3%
Divorciado	4	6,3%
Viúvo	11	17,2%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Estudo realizado por Santos; Kassouf (2007) sobre a relação entre fatores socioeconômicos e depressão mental identificou que quanto maior for o tamanho da família (residente no mesmo domicílio), menor é a probabilidade de um indivíduo, apresentar sintomas de depressão, ou seja, pessoas solteiras, vivendo sozinhas possuem maior probabilidade de apresentarem sintomas depressivos.

Contudo, o mesmo estudo demonstrou que, entre os casados, quando a mulher exerce o papel de chefe de família aumenta a probabilidade desta de apresentar sintomas de depressão em 0,0153, comparativamente as que ocupam outras posições dentro da família. Entre os homens, esse efeito é negativo, pois estar na condição de chefe de família implica redução de aproximadamente 0,005 no risco de depressão (SANTOS; KASSOUF, 2007).

Este resultado é muito interessante e pode ser sustentado por diversos argumentos. Há diversas situações que podem motivar a mulher a assumir a condição de chefe da família, entre elas: se vive com os filhos ou outras pessoas da família, mas é solteira, separada, divorciada ou viúva; se é casada, mas o cônjuge tem problemas físicos ou mentais que o impedem de trabalhar e gerar renda; ou se é casada, mas, devido a vícios, como drogas e bebidas alcoólicas, o seu cônjuge não contribui com a renda familiar por não trabalhar ou pouco contribui por ter baixos rendimentos no mercado de trabalho, devido à perda de produtividade e outros fatores colaterais dos vícios. Nesses casos, em geral, a responsabilidade da família recai sobre a mulher, que pode se sentir pressionada tanto por questões de ordem econômica quanto culturais, tornando-a mais propensa à depressão. No caso dos homens, é plausível pensar que se sentem melhores quando vistos

como chefes de família. Isso decorre, em boa parte, da cultura da supremacia masculina, pois a sociedade, em geral, entende que essa posição deve ser exercida pelo homem (SANTOS; KASSOUF, 2007).

Quanto à profissão e ocupação dos usuários da Estratégia Saúde da Família, demonstrada na Tabela 13, observou-se que foram citados pelos usuários da ESF participantes desse estudo: auxiliar de serviços gerais, professor, atendente, ACS e zelador, sendo todos contratos da prefeitura. Os demais eram autônomos, sendo que a maioria, 17 (26,6%), apresentou a agricultura como principal ou única fonte de renda.

Tabela 13 – Caracterização dos usuários da Estratégia Saúde da Família quanto à profissão.

Profissão/ Ocupação	f	%
Auxiliar de Serviços Gerais	4	6,2%
Agricultor	17	26,6%
Do Lar	20	31,2%
Doméstica	2	3,1%
Comerciante	1	1,6%
Professor	10	15,6%
Atendente	3	4,7%
ACS	4	6,2%
Pedreiro	1	1,6%
Zelador	1	1,6%
Aposentado	1	1,6%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

É notória a restrição da oferta de atividade econômica no município de Abaiara, fazendo com que as ofertas existentes sejam mal remuneradas, limitando a qualidade de vida. Dentre as atividades citadas, consideram-se emprego o auxiliar de serviços gerais, o professor, a atendente, o ACS e o zelador, uma vez que estes apresentam uma relação estável, ocupando o cargo através de concurso público do Estado ou Município, sendo beneficiados com os direitos trabalhistas, tais como férias, 13º salário e carteira assinada.

No que diz respeito às demais ocupações, estes eram autônomos, sem garantia de direitos. Tal fato pode interferir e apresentar alguma relação com a presença de sintomas depressivos, contudo não é um fator decisivo, uma vez que Marrone (2001) afirma em estudo que apesar da vivência de descontentamento e sofrimento no ambiente de trabalho, estes trabalhadores podem atingir equilíbrio psíquico pelo fato de exercerem um trabalho que lhes possibilita ocupação, caminho de sobrevivência e alternativa ao desemprego.

A Tabela 14 apresenta a distribuição dos usuários da Estratégia Saúde da Família com sintomas depressivos por ACS.

Tabela 14 – Distribuição dos usuários da Estratégia Saúde da Família com sintomas depressivos por ACS.

ACS	f	%
Ágata	1	1,6%
Água-Marinha	5	7,8%
Gipsita	2	3,1%
Alexandrita	2	3,1%
Ametista	3	4,7%
Aventurina	2	3,1%
Azurita	2	3,1%
Calcita	1	1,6%
Fluorita	2	3,1%
Hematita	1	1,6%
Jaspe	3	4,7%
Kunzita	5	7,8%
Malaquita	11	17,2%
Opala	2	3,1%
Pedra da Lua	1	1,6%
Sodalita	2	3,1%
Topázio	2	3,1%
Turquesa	1	1,6%
Obsidiana	9	14,1%
Safira	2	3,1%
Turmalina	4	6,2%
Ônix	1	1,6%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o observado na Tabela 14, a distribuição dos entrevistados varia de 1 a 11 por microárea, sendo a maioria, 11 (17,2%), pertencente à microárea do ACS Malaquita. Isto se deve à extensão territorial desta microárea, que abrange maior número

de famílias em relação às demais. A SMS de Abaiara reconheceu a lacuna. O município encontrava-se em fase de mapeamento das áreas e programação de novos ACS's.

Do total dos entrevistados, 29 (45,3%) eram residentes da zona urbana e 35 (54,7%) da zona rural. Dentre as microáreas visitadas, 17 (77,3%) pertenciam à zona rural e cinco à zona urbana (22,7%). Com base em Santos; Kassouf (2007) indivíduos que residem no meio urbano, independentemente do sexo, têm maior probabilidade de ter depressão. Entretanto, este estudo aponta a maioria das visitas, 35 (54,7%), a usuários da ESF domiciliados na zona rural, pelo fato da maioria das microáreas, 17 (77,3%), pertencerem a esta mesma zona.

5.4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS CAPTADOS COM O AUXÍLIO DO INQUÉRITO DE BECK APLICADO AOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Durante as visitas domiciliares em companhia dos ACS, aplicou-se aos usuários da ESF com histórico de sintomas de tristeza o inquérito de Beck, sendo estes considerados e apontados como sugestivos de portadores de depressão pelos mesmos, cujos resultados captados serão apresentados em tabelas e descritos conforme a necessidade.

O Inquérito de Beck conta com 21 itens, cada um incluindo quatro afirmativas apresentando sintomas e atitudes, totalizando 84 afirmativas com escores de 0 a 3, em que o zero representa a menor intensidade, ou seja, a neutralidade da resposta e o três a intensidade máxima (GORESTEIN; ANDRADE, 1996).

A primeira afirmativa faz referência ao grau de tristeza, sendo esta apresentada na Tabela 15.

Tabela 15 – Afirmativa do Inquérito de Beck 1.

Afirmativa	f	%
Não me sinto triste	10	15,6%
Sinto-me triste	12	18,8%
Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo	11	17,2%
Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	31	48,4%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Desta configuração, 10 (15,6%) usuários optaram pela afirmativa de não sentir-se triste, 12 (18,8%) por sentir-se triste, 11 (17,2%) por sentir-se triste o tempo todo e não

conseguir evitá-lo, e 31 (48,4%) sentir-se tão triste ou infeliz que não consegue suportar. A maioria dos entrevistados respondeu afirmativamente sobre a condição de está tão triste ou infeliz ao ponto de não conseguir evitar, sendo esta de intensidade máxima.

Com base em Leite *et al.* (2006), o humor depressivo é o sintoma mais característico da depressão, estando este associada, segundo Coutinho *et al.* (2003), a sentimentos que fogem ao controle do indivíduo e vivenciada pelo conflito do desejo de mudança e a impossibilidade de concretizá-lo. Sendo assim, mesmo que essas pessoas busquem por sentimentos ligados à felicidade, esta não está ao seu alcance, ao seu querer, sendo mais um motivo de ansiedade e perturbação, uma vez que o portador de sintoma depressivo, além de sofrer, percebe o sofrimento que está causando às pessoas ao seu redor.

A afirmativa a seguir diz respeito às expectativas em relação ao futuro, apresentada na Tabela 16, em que 17 (26,6%) usuários responderam a afirmativa de não sentir-se desencorajado em relação ao futuro, 12 (18,7%) por sentir-se desencorajado em relação ao futuro, 15 (23,4%) por sentir-se que não tem nada a esperar do futuro, e a maioria 20 (31,3%) por sentir-se que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar, sendo esta a afirmativa de maior intensidade.

Tabela 16 – Afirmativa do Inquérito de Beck 2.

Afirmativa	f	%
Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro	17	26,6%
Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro	12	18,7%
Sinto que não tenho nada a esperar	15	23,4%
Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar	20	31,3%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Para Oliveira *et al.* (2006), a desesperança caracteriza-se por pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa diante do futuro, e está fortemente relacionada à depressão. Indivíduos com transtornos depressivos tendem a avaliar negativamente a si mesmos, o mundo e o futuro. Dessa forma, este permanece em volta de uma diversidade de negatividade, uma vez que além de viver o negativo, ainda se anula diante de novas perspectivas futuras, sendo estas instintas de seus pensamentos, fazendo com a vida se transforme em um poço de sofrimento.

A afirmativa a seguir relaciona-se com a ausência de conquistas e a presença de fracassos, sendo esta apresentada na Tabela 17, em que 13 (20,3%) assinalaram a

afirmativa não sentir-se fracassado, 16 (25%) a sentir-se que falou mais do que um indivíduo médio, 16 (26,6%) a análise da vida passada repleta de quantidade de fracassos, 18 (28,1%) a sentir um completo fracasso. As afirmativas quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos e a sinto que sou um completo fracasso, ficaram quase que equitativamente distribuídas, apresentando 17 (26,6%) e 18 (28,1%) respectivamente, sendo estas de média e alta intensidade.

Tabela 17 – Afirmativa do Inquérito de Beck 3.

Afirmativa	f	%
Não me sinto fracassado(a)	13	20,3%
Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio	16	25%
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos	17	26,6%
Sinto que sou um completo fracasso	18	28,1%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com Anthikad (2005), todas as pessoas podem cometer erros e fracassar em algum momento da vida, mas o indivíduo mentalmente sadio possui a coragem de encarar esses fracassos, aprende com os erros e melhora seu desempenho. Pode-se identificar um comportamento doentio quando ele dura longos períodos e impede o ajustamento à sociedade, assim o sentimento duradouro de fracasso é um sintoma característico da depressão. Segundo Oliveira *et al.* (2006), este está relacionado ao sentimento de desesperança, pois se a pessoa se sente fracassada é porque não conseguiu alcançar um objetivo, sentindo-se derrotado e sem esperança de vitória.

A afirmativa a seguir trata acerca da satisfação ou insatisfação presente ou ausente na maior parte do tempo, sendo esta apresentada na Tabela 18, em que 12 (18,8%) usuários apontaram a afirmativa ter tanta satisfação nas coisas como antes, 21 (32,8%) a não ter tanta satisfação com as coisas como costumava ter, 18 (28,1%) a não conseguir sentir verdadeira satisfação por coisa alguma, e 13 (20,3%) está insatisfeito ou entediado com tudo. A maioria, 21 (32,8%), afirmou não ter tanta satisfação com as coisas como costumava ter, sendo esta de baixa intensidade.

Tabela 18 – Afirmativa do Inquérito de Beck 4.

Afirmativa	f	%
Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes	12	18,8%
Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter	21	32,8%
Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa	18	28,1%
Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo	13	20,3%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

As pessoas deprimidas, segundo Leite *et al.* (2006), apresentam frequentemente uma perda geral de habilidade para sentir prazer. A insatisfação com a vida e a desmoralização podem se manifestar por uma baixa autoestima, desesperança e desamparo, tristeza, pensamento confuso, entre outros motivos.

A afirmativa seguinte refere-se à presença de culpa e discute-se na Tabela 19, em que 31 (48,4%) usuários optaram pela afirmativa não sentir-se particularmente culpado, 11 (17,2%) pela sentir-se culpado grande parte do tempo, 12 (18,8%) por sentir-se bastante culpado a maior parte do tempo, e 10 (15,6%) por sentir-se culpado durante o tempo todo. A maioria 31 (48,4%) optou por não sentir-se culpado, sendo esta afirmativa de intensidade neutra.

Tabela 19 – Afirmativa do Inquérito de Beck 5.

Afirmativa	f	%
Não me sinto particularmente culpado(a).	31	48,4%
Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.	11	17,2%
Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.	12	18,8%
Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.	10	15,6%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Aranha (2009) afirma que o sentimento de culpa é um dos sentimentos mais arraigados no psiquismo, esconde-se atrás das tristezas e frustrações, das insatisfações com a vida, do tédio e da angústia. A culpa é um sentimento que uma pessoa tem de ter errado, violado algum princípio ético, moral ou religioso. Associados de modo típico a essa consciência estão um grau muito baixo de autoestima e um sentimento de que o erro cometido deve ser punido ou compensado. Os motivos do sentimento de culpa são inconscientes e normalmente refletem a recriminação interna. A culpa pode ser entendida

com uma barreira que afeta o prazer e o livre fluir de determinadas emoções, desencadeando sentimentos negativos.

A afirmativa seguinte diz respeito à condição de sentir-se punido. A Tabela 20 demonstra que 30 (46,9%) usuários informaram a alternativa não sentir-se que esteja a ser punido, 5 (7,8%) a sentir-se que pode ser punido, 6 (9,4%) a sentir-se que pode ser punido, e 23 (35,9%) a sentir-se que está a ser punido. A maioria, 30 (46,9%), informou a afirmativa não sentir-se que esteja a ser punido, sendo esta de intensidade neutra.

Tabela 20 – Afirmativa do Inquérito de Beck 6.

Afirmativa	f	%
Não me sinto que esteja a ser punido(a).	30	46,9%
Sinto que posso ser punido(a).	5	7,8%
Sinto que mereço ser punido(a).	6	9,4%
Sinto que estou a ser punido(a).	23	35,9%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Coutinho *et al.* (2003), a depressão é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano em sua totalidade, assim o ser humano apresenta-se com uma gama de sentimentos tão intensa que interfere diretamente no seu bem-estar físico, sendo o sentimento de punição um destes.

A afirmativa a seguir está relacionada à presença de sentimento de desapontamento ou desgosto de si próprio, ou seja, a insatisfação com o eu, como apresentada na Tabela 21, em que 19 (29,7%) apontaram a afirmativa não sentir-se desapontada consigo mesmo, 12 (18,8%) a sentir-se desapontado consigo mesmo, 26 (40,6%) a sentir-se desgostoso consigo mesmo, e 7 (10,9%) a odiar-se. A maioria 26 (40,6%) apontou a afirmativa sentir-se desgostoso consigo mesmo, sendo esta de intensidade média.

Tabela 21 – Afirmativa do Inquérito de Beck 7.

Afirmativa	f	%
Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).	19	29,7%
Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).	12	18,8%
Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).	26	40,6%
Eu odeio-me	7	10,9%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme Anthikad (2006), a pessoa mentalmente sadia possui alto grau de autoestima, autoconfiança e autovalorização, estando bem consigo mesma. Segundo Aranha (2009), a perda da autoestima se caracteriza pelo sentimento de completo aniquilamento e esvaziamento do universo simbólico psíquico. O sentimento de desapontamento, desgosto e ódio por si mesmo são característicos do quadro depressivo, devendo este ser trabalhado, no intuito de devolver a autoestima desse paciente.

A afirmativa que se segue diz respeito às fraquezas, erros e falhas cometidas, conforme apresentada na Tabela 22, em que 13 (20,3%) apontaram a afirmativa não sentir-se que seja pior que qualquer outra pessoa, 17 (26,6%) a criticar-se pelas minhas fraquezas ou erros, 28 (43,7%) a culpar-se constantemente pelas faltas, e 6 (9,4%) a culpar-se de todas as coisas más que acontecem. A maioria, 28 (43,7%), apontou a afirmativa culpar-se constantemente pelas faltas, sendo esta de intensidade média.

Tabela 22 – Afirmativa do Inquérito de Beck 8.

Afirmativa	f	%
Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.	13	20,3%
Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.	17	26,6%
Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.	28	43,7%
Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.	6	9,4%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Consoante Aranha (2009), a base da grande tortura da culpa é a frustração pela distância entre o que se não é e a imagem de como deveria ser, é a tristeza por não ser perfeito. Psicologicamente, a culpa pode ser entendida como uma barreira que afeta o prazer e o livre fluir de determinada situações.

A afirmativa acerca de pensamentos de morte, fazendo referência a pensamentos suicidas, discute-se na Tabela 23, em que 38 (59,4%) marcaram a opção referente à afirmativa não ter qualquer ideia de se matar, 12 (18,7%) a ter ideias de se matar, mas não ser capaz de concretizar-las, 8 (12,5%) ao desejo de se matar, e 6 (9,4%) a matar-se caso tivesse alguma oportunidade. A maioria, 38 (59,4%), informou não ter ideias de se matar, sendo esta de intensidade neutra.

Tabela 23 – Afirmativa do Inquérito de Beck 9.

Afirmativa	f	%
Não tenho qualquer idéia de me matar.	38	59,4%
Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.	12	18,7%
Gostaria de me matar.	8	12,5%
Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.	6	9,4%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Contudo, apesar de a maioria dos entrevistados fazer referência a esta afirmativa, este resultado é preocupante, uma vez que ideias suicidas se fazem presente em depressão de nível elevado, estando esta associada às demais afirmativas, perfazendo um total de 26 (40,6%) dos usuários entrevistados, fato esse que denuncia a gravidade do problema da depressão no município de Abaiara, bem como a inexistência de um programa que preste assistência a essas pessoas.

De acordo com Coutinho *et al.* (2006), o deprimido, com frequência, julga-se um peso para os familiares e amigos, muitas vezes invocando a morte para aliviar os que o assistem na doença. São frequentes e temíveis as ideias de suicídio. As motivações para o suicídio incluem distorções cognitivas (perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definitivos e intransponíveis, tendência a superestimar as perdas sofridas) e ainda o intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável. Outros ainda buscam a morte como forma de expiar suas supostas culpas. Os pensamentos de suicídio variam desde o remoto desejo de estar simplesmente morto, até planos minuciosos de se matar (estabelecendo o modo, o momento e o lugar para o ato).

Para Lima; Migott (2003), os pensamentos de morte podem ser detectáveis a partir do pessimismo e do olhar negativo em relação à vida e seu futuro, bem como do surgimento de preocupações sérias, por parte do paciente, a respeito de pessoas próximas e

queridas, refletidas como medo da separação ou morte, e acompanhadas de grande ansiedade. Destaca-se que o medo do paciente tentar o suicídio, enfatiza os aspectos de vigilância, mas não os da atenção psicológica. Por isso, os pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando ensejo ao doente de se expressar a respeito.

A afirmativa que faz referência à frequência do choro apresenta-se na Tabela 24, demonstrando que 11 (17,2%) optaram pela afirmativa que não costuma chorar mais do que o habitual, 12 (18,7%) pela chorar mais agora do que costumava fazer, 25 (39,1%) pela atualmente, chorar o tempo todo, e 16 (25%) pela costumava conseguir chorar, mas agora não consegue, ainda que queira. A maioria, 25 (39,1%), optou pela afirmativa atualmente, chorar o tempo todo, sendo esta de intensidade média.

Tabela 24 – Afirmativa do Inquérito de Beck 10.

Afirmativa	f	%
Não costumo chorar mais do que o habitual.	11	17,2%
Choro mais agora do que costumava fazer.	12	18,7%
Atualmente, choro o tempo todo.	25	39,1%
Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira	16	25%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Porto (1999), os pacientes costumam aludir ao sentimento de que tudo lhes parece fútil, ou sem real importância. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. Tudo lhes parece vazio e sem graça, o mundo é visto “sem cores”, sem matizes de alegria. Certos pacientes mostram-se antes “apáticos” do que tristes, referindo-se muitas vezes ao “sentimento da falta de sentimentos”. Tais expressões permitem o não conseguir chorar, ainda que queira. Quando o deprimido consegue expressar suas angústias e tristezas, o choro é o modo que este se utiliza para demonstrar e descarregar tais sentimentos.

A afirmativa sobre o nível de irritação está demonstrada na Tabela 25, em que 9 (14,1%) assinalaram não se irritar mais do que costumava, 11 (17,2%) ficar aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava, 28 (43,7%) sentir-se permanentemente irritado, 16 (25%) não conseguir se irritar com as coisas que antes se irritavam. A maioria, 28

(43,7%), assinalou sentir-se permanentemente irritado, sendo esta afirmativa de intensidade média.

Tabela 25 – Afirmativa do Inquérito de Beck 11.

Afirmativa	f	%
Não me irrita mais do que costumava.	9	14,1%
Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.	11	17,2%
Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).	28	43,7%
Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.	16	25%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

A saúde mental para Anthikad (2005) é um aspecto importante do estado de saúde total, sendo o fator básico que contribui para a manutenção da saúde física e da eficácia social. Significa que existe a capacidade de equilibrar os sentimentos, desejos, ambições e ideais no dia-a-dia do indivíduo. Significa, também, a capacidade de encarar e aceitar a realidade da vida. Quando o deprimido não consegue equilibrar seus sentimentos, este se perturba pelo desequilíbrio do próprio ser, tornando-o permanentemente irritado ou na maior parte do dia, necessitando da ajuda e compreensão das pessoas que com ele convivem.

A afirmativa que diz respeito ao interesse de relacionamentos interpessoais, está apresentada na Tabela 26, na qual se constatou que 17 (26,6%) optaram por não perder o interesse nas outras pessoas, 15 (23,4%) por interessar-se menos do que costumava pelas outras pessoas, 7 (10,9%) por perder a maior parte do interesse nas outras pessoas, e 25 (39,1%) por perder todo o interesse nas outras pessoas. A maioria, 25 (39,1%), optou por perder todo o interesse nas outras pessoas, sendo esta afirmativa de intensidade máxima.

Tabela 26 – Afirmativa do Inquérito de Beck 12.

Afirmativa	f	%
Não perdi o interesse nas outras pessoas.	17	26,6%
Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.	15	23,4%
Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.	7	10,9%
Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas	25	39,1%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em conformidade com Anthikad (2005), uma pessoa mentalmente sadia possui capacidade de ajustar-se socialmente às outras pessoas, e se dá bem com elas em diferentes situações. Já as pessoas deprimidas, com base em Porto (1999), podem relatar que não se interessam pelos seus passatempos prediletos. As atividades sociais são freqüentemente negligenciadas, e tudo lhes parece agora ter o peso de terríveis “obrigações”. Há uma redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis.

A afirmativa sobre a tomada de decisão está apresentada na Tabela 27, em que 19 (29,7%) marcaram a opção tomar decisões como antes, 6 (9,4%) adio as minhas decisões mais do que costumava, 17 (26,5%) tem maior dificuldade em tomar decisões do que antes, e 22 (34,4%) já não consegue tomar qualquer decisão. A maioria, 22 (34,4%), marcou a opção já não conseguir tomar qualquer decisão, sendo esta afirmativa de intensidade máxima. Para Anthikad (2005), a pessoa mentalmente sadia apresenta seus dotes intelectuais bem desenvolvidos com opinião própria e toma decisões apropriadas, como e quando houver necessidade.

Tabela 27 – Afirmativa do Inquérito de Beck 13.

Afirmativa	f	%
Tomo decisões como antes.	19	29,7%
Adio as minhas decisões mais do que costumava.	6	9,4%
Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.	17	26,5%
Já não consigo tomar qualquer decisão	22	34,4%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Na pessoa deprimida há uma diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Decisões antes quase automáticas parecem agora custar esforços intransponíveis. Um paciente pode se demorar infindavelmente para terminar um simples relatório, pela incapacidade em escolher as palavras adequadas. O curso do pensamento pode estar notavelmente lentificado. Professores experientes queixam-se de não conseguir preparar as aulas mais rotineiras; programadores de computadores pedem para ser substituídos pela atual “incompetência”; crianças e adolescentes têm queda em seus rendimentos escolares, geralmente em função da fatigabilidade e déficit de atenção, além do desinteresse generalizado (PORTO, 1999).

A afirmativa que refere à aparência física está apresentada na Tabela 28, demonstrando que 24 (37,5%) informaram não sentir que a aparência fosse pior do que costumava ser, 11 (17,2%) preocupa-se porque estão a parecer velho ou nada atraente, 14 (21,9%) sentiam que havia mudanças permanentes na aparência que o tornavam nada atraente, e 15 (23,4%) consideravam-se feio. A maioria, 24 (37,5%), informou não sentir que a aparência fosse pior do que costumava ser, sendo esta afirmativa de intensidade neutra.

Tabela 28 – Afirmativa do Inquérito de Beck 14.

Afirmativa	f	%
Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.	24	37,5%
Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.	11	17,2%
Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.	14	21,9%
Considero-me feio(a)	15	23,4%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base em Aranha (1999); Anthikad (2005), a perda da autoestima é característico da depressão, uma vez que uma pessoa mentalmente saudável apresenta-se motivada e valoriza a si própria. A insatisfação da própria imagem é reflexo da ausência da autoestima, fazendo com que o deprimido não se sinta atraente ou considere-se feio.

A afirmativa que faz referência à disposição para trabalhar, apresentada na Tabela 29, revela que 19 (29,7%) assinalaram não ser capaz de trabalhar tão bem como antes, 21 (32,8%) precisar de um esforço extra para começar qualquer coisa, 17 (26,6%) ter que se forçar muito para fazer qualquer coisa, e 7 (10,9%) não conseguir fazer nenhum trabalho.

A maioria, 21 (32,8%), assinalou precisar de um esforço extra para começar qualquer coisa, sendo esta afirmativa de intensidade baixa.

Tabela 29 – Afirmativa do Inquérito de Beck 15.

Afirmativa	f	%
Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.	19	29,7%
Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.	21	32,8%
Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.	17	26,6%
Não consigo fazer nenhum trabalho	7	10,9%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em consonância com Lima; Migott (2003), o comportamento de indisposição dos pacientes é originário da depressão, e neste momento é muito importante o entendimento e compreensão da família, pois depressão não é preguiça ou falta de vontade. Para tanto, esta necessita de esclarecimentos sobre a doença e orientações sobre o relacionamento no domicílio.

A afirmativa sobre a dificuldade de dormir, apresentada na Tabela 30, constatou-se que 8 (12,5%) referiu dormir tão bem como habitualmente, 11 (17,2%) não dormir tão bem como costumava, 14 (21,9%) acordar 1 ou 2 horas antes que o habitual e ter dificuldade em voltar a adormecer, e 31 (48,4%) acordar várias vezes mais cedo do que costumava e não conseguir voltar a dormir. A maioria, 31 (48,4%), referiu acordar várias vezes mais cedo do que costumava e não conseguir voltar a dormir, sendo esta se intensidade máxima.

Tabela 30 – Afirmativa do Inquérito de Beck 16.

Afirmativa	f	%
Durmo tão bem como habitualmente.	8	12,5%
Não durmo tão bem como costumava.	11	17,2%
Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.	14	21,9%
Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	31	48,4%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em concordância com Porto (1999), os deprimidos também apresentam alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência). A

insônia é, mais tipicamente, intermediária (acordar no meio da noite, com dificuldades para voltar a conciliar o sono), ou terminal (acordar mais precocemente pela manhã). Pode também ocorrer insônia inicial. Com menor frequência, mas não raramente, os indivíduos podem se queixar de sonolência excessiva, mesmo durante as horas do dia.

A seguinte afirmativa diz respeito à indisponibilidade, apresentada na Tabela 31, em que 14 (21,9%) optaram por não ficar mais cansado do que o habitual, 19 (29,7%) por ficar cansado com mais dificuldade do que antes, 19 (29,7%) por ficar cansado ao fazer quase tudo, e 12 (18,7%) por estar demasiadamente cansado para fazer qualquer coisa. As afirmativas ficar cansado com mais dificuldade do que antes e ficar cansado ao fazer quase tudo, encontram-se equitativamente distribuídas apresentando 19 (29,7%) cada, sendo estas afirmativas de intensidade baixa e média.

Tabela 31 – Afirmativa do Inquérito de Beck 17.

Afirmativa	f	%
Não fico mais cansado(a) do que o habitual.	14	21,9%
Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.	19	29,7%
Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.	19	29,7%
Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa	12	18,7%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

A depressão pode provocar fadiga persistente ou sensação de perda de energia, mesmo sem esforço físico, e com ela as atividades mais leves parecem exigir esforço substancial (PORTO, 1999; LEITE *et al.*, 2006).

A afirmativa sobre o apetite está apresentada na Tabela 32, em que se observou que 18 (28,1%) marcaram a opção o apetite é o mesmo de sempre, 20 (31,3%) não tem tanto apetite como costumava ter, 13 (20,3%) o apetite, agora, está muito pior, e (20,3%) perdeu completamente o apetite. A maioria, 20 (31,3%), marcou a opção não tem tanto apetite como costumava ter, sendo esta afirmativa de intensidade baixa.

Tabela 32 – Afirmativa do Inquérito de Beck 18.

Afirmativa	f	%
O meu apetite é o mesmo de sempre.	18	28,1%
Não tenho tanto apetite como costumava ter.	20	31,3%
O meu apetite, agora, está muito pior.	13	20,3%
Perdi completamente o apetite	13	20,3%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

O deprimido, segundo Porto (1999), apresenta alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite). Muitas vezes a pessoa precisa esforçar-se para comer, ou ser ajudada por terceiros a se alimentar. As crianças podem, pela inapetência, não ter o esperado ganho de peso no tempo correspondente. Algumas formas específicas de depressão são acompanhadas de aumento do apetite, que se mostra caracteristicamente aguçado por carboidratos e doces.

A afirmativa relacionada com a perda de peso, apresentada na Tabela 33, revelou que 21 (32,8%) informaram não ter perdido muito peso, se é que perdeu algum ultimamente, 15 (23,4%) perdeu mais de 2,5 kg, 10 (15,6%) perdeu mais de 5 kg, e 18 (28,2%) perdeu mais de 7,5 kg. A maioria, 21 (32,8%), informou não ter perdido muito peso, se é que perdeu algum ultimamente, sendo esta afirmativa de intensidade baixa. As alterações no apetite podem provocar ganho ou perda de peso, sendo necessário observar e acompanhar o estado nutricional do paciente.

Tabela 33 – Afirmativa do Inquérito de Beck 19.

Afirmativa	f	%
Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.	21	32,8%
Perdi mais de 2,5 kg.	15	23,4%
Perdi mais de 5 kg.	10	15,6%
Perdi mais de 7,5 kg	18	28,2%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Porto (1999), o fato da ocorrência de alterações do apetite, sendo mais comum a perda deste, em pessoas com sintomas depressivos, pode desencadear a perda de

peso. Dessa forma, é de suma importância a vigilância desse fator no acompanhamento e tratamento desta doença, estimulando a pessoa a alimenta-se, prevenindo, excessivas perdas de peso.

A afirmativa que demonstra uma preocupação com a saúde física, apresentada na Tabela 34, demonstrou que 6 (9,4%) assinalaram que não se preocupa com a saúde mais do que o habitual, 20 (31,2%) preocupa-se com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre, 14 (21,9%) está muito preocupado com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa, e 24 (37,5%) está tão preocupado com os meus problemas físicos que não consegue pensar em qualquer outra coisa. A maioria, 24 (37,5%), assinalou está tão preocupado com os meus problemas físicos que não consegue pensar em qualquer outra coisa, sendo esta afirmativa se intensidade máxima.

Tabela 34 – Afirmativa do Inquérito de Beck 20.

Afirmativa	f	%
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.	6	9,4%
Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.	20	31,2%
Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.	14	21,9%
Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa	24	37,5%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Oliveira *et al.* (2006) afirma que os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliam sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos. Assim, a presença de sintomatologia depressiva está associada com a qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde.

A afirmativa que trata do interesse sexual ou a perda deste, apresentada na Tabela 35, demonstrou que 17 (26,6%) referiram não ter observado qualquer alteração recente no seu interesse sexual, 13 (20,3%) está menos interessado na vida sexual do que costumava, 13 (20,3%) sente-se, atualmente, muito menos interessado pela vida sexual, e 21 (32,8%) perder completamente o interesse na vida sexual. A maioria, 21 (32,8%), referiu perder completamente o interesse na vida sexual, sendo esta afirmativa de intensidade máxima.

Tabela 35 – Afirmativa do Inquérito de Beck 21.

Afirmativa	f	%
Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.	17	26,6%
Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.	13	20,3%
Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.	13	20,3%
Perdi completamente o interesse na vida sexual.	21	32,8%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base em Anthikad (2005), a pessoa mentalmente sadia apresenta seu desempenho sexual adequado, não apresenta nenhuma anormalidade. Assim, alterações na libido é característico da depressão associado a diversos outros sintomas que, segundo Oliveira *et al.* (2006), causam sofrimento e prejuízo ao funcionamento do indivíduo.

Mediante os resultados apresentados sobre o Inventário de Beck, optou-se por uma demonstração dos níveis sugestivos de depressão na Tabela 36, apresentando a avaliação final de todas as afirmativas anteriormente citadas, em que 8 (12,5%) dos usuários visitados e que responderam a este inquérito não apresentaram sintomas sugestivos de depressão, 7 (10,9%) participantes desta pesquisa demonstraram sintomas sugestivos de depressão leve, 9 (14,1%) de depressão moderada, e a maioria, 40 (62,5%), referiram sintomas sugestivos de depressão grave.

Tabela 36 – Avaliação Final do Inquérito de Beck.

Afirmativa	f	%
Sem Depressão	8	12,5%
Depressão Leve	7	10,9%
Depressão Moderada	9	14,1%
Depressão Grave	40	62,5%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

O presente resultado demonstra as consequências da inexistência de atividades de saúde mental no município de Abaiara, uma vez que com a não realização da atividade preventiva, os problemas que poderiam ser evitados, agravam-se.

Concorda-se com Coutinho *et al.* (2003) que diversas situações podem ocasionar a depressão, e que o diagnóstico preventivo faz-se necessário, principalmente, para evitar

que se instale um quadro agudo. Assim, é de extrema necessidade a realização de atividades de promoção à saúde mental, identificando e tratando os casos desde o início das manifestações dos primeiros sintomas.

O portador de sintomas depressivos está presente em todos os lugares da comunidade, como nas escolas, no trabalho, nas igrejas, nos centros comerciais etc. Desse modo, a ESF deveria estar preparada para recebê-los, acolhê-los e oferecer uma assistência adequada.

Pesquisa realizada por Silva; Furegato; Costa Júnior (2003) identificou os pontos de vista e o conhecimento sobre depressão de enfermeiros da rede básica de saúde ao constatar que, a principal conduta do enfermeiro com paciente supostamente deprimido, 34 (46,6%) é apenas a informação ao médico. Esse posicionamento desperta reflexões sobre a submissão profissional, a desinformação ou a falta de formação adequada do profissional.

Outra pesquisa realizada por Valentini *et al.* (2004) que avaliou os resultados da aplicação de programa de treinamento da Organização Mundial de Saúde sobre o diagnóstico e tratamento da depressão pelos médicos clínicos gerais identificou que apesar da depressão ter uma taxa de prevalência relativamente alta nos serviços de atenção primária seus diagnóstico e tratamento são insuficientes. Os clínicos gerais falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e provém tratamento para apenas um terço deles. Nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado ou é subtratado, observa-se uma pior evolução.

Dessa forma, contactou-se mediante os resultados discutidos neste estudo sobre estados depressivos que a problemática tende a aumentar, uma vez que não existe capacitação dos profissionais de nível superior da ESF, que deveriam conhecer e lidar com as questões envolvendo a depressão no âmbito da atenção primária à saúde. Desta forma, para então oferecer assistência aos pacientes, como também oferecer um suporte e acompanhamento aos ACS.

Diante de tais lacunas, urge a necessidade de investimentos na saúde mental para abordagem aliada à ESF, na perspectiva de reversão do atual quadro do município de Abaiara-CE.

5.5 INTEGRAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Os principais resultados obtidos pela coleta com a entrevista, o Inventários de Beck e o diário de campo constataram que os ACS identificam usuários da ESF apresentando sintomas depressivos. Todavia, não estes recebiam nenhum tipo de assistência psicoterapêutica da equipe. Desta carência, utilizam-se ações alternativas que se encontravam ao seu alcance para tentar ajudar estes pacientes, mesmo desprovidos de conhecimento técnico e especializado e do amparo e acompanhamento dos profissionais de nível superior da equipe.

Dentre as ações apresentadas pelos ACS, destacam-se a realização da escuta, como estratégia de ação desenvolvida pelos próprios ACS; orientações em relação ao lazer; indicação de práticas alternativas, como o uso de chás, por ser do conhecimento e fácil acessibilidade da comunidade; encaminhamento a ESF ou ao Especialista, sem contato prévio com a ESF e ajuda espiritual através de conselhos para procurar orações que ofereçam suporte para alguns sintomas declarados e manifestos.

Na medida em que os sintomas depressivos vão se agravando, as ações dos ACS permanecem estáticas e circunscritas ao senso comum, e quando especializado não se verifica uma intervenção diferenciada para com os casos mais agravantes. Segundo Fleck *et al.* (2002), de 50% a 60% dos casos de depressão na atenção básica não são detectados, a mais das vezes os pacientes depressivos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. Mesmo aqueles cujo tratamento é adequado, a morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em até 70% dos casos, o que indica a importância da inserção nas ações da ESF.

A impossibilidade do ACS em ajudar as pessoas com queixa de sintomas e estados depressivos diagnosticados é motivo de tristeza e angústia para eles, pois acompanham todo o sofrimento dessas pessoas e, mesmo sendo um trabalhador da saúde e sabedor da importância de um tratamento eficaz, esforçam-se em apresentar disponibilidade em ajudar, apesar de não encontrarem apoio, referência e suporte adequado, causando sentimento de impotência.

Destarte, identifica-se uma lacuna traduzida na ausência de assistência por parte dos familiares de portadores de doenças mentais. Estudo realizado por Lima; Migott (2003) identificou a negação da doença como forma de se reajustar à nova situação de saúde familiar. Há perda da colaboração de um elemento do ciclo familiar no cotidiano, fazendo com que a tensão seja elevada. Ocorre, também, uma dificuldade de comunicação nas relações, o que altera a dinâmica familiar com presença de silêncios prolongados. Vale destacar que, esses familiares não recebem orientações da ESF, havendo a necessidade também desta atuação.

Outro dado relevante apresentado nesta pesquisa diz respeito à presença do medo por parte dos ACS, ao detectar sua evitação para com as pessoas apresentando alteração de comportamento, decorrente da falta de capacitação e não saber como proceder diante de um portador de doença mental, negando-o no espaço público.

Diante de tais dificuldades dos ACS ao atuar na ESF no campo da saúde mental, acrescida pela falta de capacitação por parte de toda a equipe da ESF, a inexistência de referência e contra-referência, bem como de um programa na área no próprio município, faz com que surja o agravamento dos estados depressivos. Como consequência, as ações desenvolvidas pelos ACS não são suficientes para se obter resultados satisfatórios. Inferem-se ideias suicidas em um número considerado de entrevistados, 26 (40,6%), além da presença de sintomas sugestivos de depressão leve, 7 (10,9%), depressão moderada, 9 (14,1%), e depressão grave 40 (62,5%). Tal resultado denuncia a gravidade do problema da depressão no Município de Abaiara.

Neste sentido, concorda-se com Silva; Furegato; Costa Júnior (2003) ao afirmarem que os serviços básicos de saúde são locais de detecção precoce e ação preventiva aos transtornos. Reinaldo (2008) chama atenção para a relação à inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, como indissociáveis da atenção primária em saúde, requerendo a capacitação das equipes da ESF para o manejo e tratamento dos transtornos comportamentais, além da inclusão e o acompanhamento das ações de saúde mental na rede básica. Afirma ainda, que é uma realidade em alguns municípios e apresentam resultados satisfatórios. Dessa forma, torna-se de fundamental importância que estas ações sejam implantadas nos demais municípios brasileiros, adotando o exemplo de outros que já as desenvolvem e que se tornaram modelo.

Nesta perspectiva, Silveira e Braga (2004) descreve este momento, como sendo vivenciado por intensas transformações no campo da assistência em saúde mental. A

implementação das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira tem desenhado um cenário rico e fecundo. Contudo, sabe-se que o real é dinâmico e, por vezes, caótico, fazendo com que não se encontre uma réplica fiel às propostas idealizadas por tantos sujeitos envolvidos nesse processo: profissionais de saúde mental, clientes, familiares e outros setores da sociedade. Por outro lado, a constante mutação do real abre infinitas possibilidades de criação e isso é o que motiva a crença diante da possibilidade de construção de novas formas de pensar e agir perante a loucura (SILVEIRA; BRAGA, 2004)



Fonte: fotografia obtida na pesquisa.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão, como uma doença da área da saúde mental, é reconhecida como uma das mais comuns e passível de prevenção. Portanto, o cuidado na atenção primária à saúde deve-se fazer presente, uma vez que nesta, além de ter a prevenção como principal foco, assume a responsabilização pelo atendimento e assistência da maioria dos brasileiros.

Dessa forma, a ESF é o serviço mais propício a receber os pacientes depressivos, uma vez que esta, além de estar inserida na atenção primária à saúde, é considerada a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, fazendo com que o paciente a partir da chegada à Unidade de Saúde, garanta a assistência desde as ações básicas de saúde às que exigem maior aparato tecnológico. Destarte, muitas vezes, é o único serviço de assistência disponibilizado em municípios de pequeno porte e, por isso, necessário para atender à demanda das mais diversas áreas, inclusive a saúde mental.

A ESF oferece assistência à população por contar com uma equipe de profissionais composto minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Destaca-se este último, pelo seu trabalho junto à comunidade, atuando em visitas domiciliares mensais, fazendo com que sejam conhecedores dos principais problemas, o modo como a população enfrenta-os e as dificuldades surgidas na procura de assistência ao deparar-se com problemas de saúde.

Ao responder ao questionamento deste estudo acerca das ações dos ACS diante do usuário da ESF com sintomas depressivos no município de Abaiara-CE, verificou-se que dentre as ações realizadas, os ACS identificaram o motivo da tristeza, realizaram orientações de lazer e chás medicinais, realizaram encaminhamentos à equipe da ESF e especialista, ofereceram apoio emocional através de palavras de incentivo e ajuda espiritual ao recorrer ao auxílio divina.

Destaca-se que, apesar da disponibilidade e interesse em realizar um trabalho eficaz em saúde mental, os ACS não receberam acompanhamento por parte dos profissionais de nível superior da equipe da ESF e capacitação na área, fazendo com que realizassem ações de maneira desordenada, sem planejamento e sem participação da equipe da ESF. 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 a saúde mental está sendo negligenciada 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 para os municípios pequenos, e os mesmos não dispõem de recursos específicos para investir nesta área.

Neste sentido, alcançou-se o objetivo proposto: analisar as ações dos ACS diante do usuário da ESF com estados depressivos no município de Abaiara-CE-BR. Constatou e tornou público a realidade das pessoas com sintomas depressivos domiciliadas em um município de pequeno porte que não dispunha de CAPS e NASF, ficando estes pacientes desassistidos e a mercê do atendimento especializado tardio e cronificação na doença.

Para tanto, a elevada frequência da depressão na população estudada remete à importância de investimentos e incentivos específicos por parte da União e Estado no PAB para a efetivação da integração das ações de saúde mental na ESF, oferecendo suporte para as mesmas, desde a capacitação da equipe da ESF a disponibilização de uma equipe de apoio, formada por um médico psiquiatra, enfermeiro especialista em saúde mental para elaborar, coordenar, executar e avaliar o programa em nível de município e um psicólogo. Assim, as ações de saúde mental desenvolvidas em municípios de pequeno porte seriam incluídas nos indicadores para serem avaliados anualmente pelo Estado e União.

A importância do planejamento, por parte do Programa, de ações direcionadas à saúde mental nos municípios de pequeno porte proporciona 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, oferta de tratamento em tempo hábil, acompanhamento e conseqüente redução dos índices de depressão grave e do suicídio.

ENFRENTANDO O CAMINHO PEDREGOSO

Desde que conclui a graduação em Enfermagem em 2007.2 que trabalho na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Abaiara. Neste exercício, tenho me deparado com uma imensidade de problemas, porém a que mais me inquietada era a ausência de um Programa de Saúde Mental e, conseqüentemente, a inexistência de atividade em saúde mental no Município, fazendo com que esta população ficasse totalmente desassistida e a mercê da elevada procura de atendimento especializado.

Tal inquietude fez-me levar a proposta ao Prof Arnoldo de abordar a questão da saúde mental no município de Abaiara, o qual aceitou e tem me orientado com imensa sabedoria. Ao pensar em como discutir essa questão na dissertação, decidiu-se em conjunto abordar a depressão, por ser uma doença prevenível e a mais comum dentre as doenças que integram a taxonomia psiquiátrica e a saúde mental. E aqui está o resultado!

Tenho levado a discussão da problemática da saúde mental em municípios de pequeno porte sempre que surge uma oportunidade. Estou cursando a Especialização em Gestão no SUS pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo como público-alvo gestores municipais da saúde da região do Cariri e, ao apresentar tal problemática, para minha surpresa, representantes de outros municípios compartilharam das mesmas dificuldades, o que demonstra que a problemática da inexistência de um programa de saúde mental não é específico do município de Abaiara-CE, mas abrange os demais que possuem as mesmas características, fazendo-me tomar este problema como prioritário e, como proposta da disciplina de metodologia científica, elaborar um projeto de intervenção.

A problemática também foi objeto de discussão nas conferências macrorregional e estadual de saúde mental, sendo levada para conferência nacional. No Relatório Final da Conferência de Saúde Mental do Estado do Ceará, dentre as propostas apresentadas, encontram-se propostas com olhares voltados aos municípios de pequeno porte, estas apontadas pelo município de Abaiara e aprovadas nas Conferências, sendo estas apresentadas a seguir:

- 1) Implementar uma política em saúde mental que garanta o financiamento (incluindo NASF / núcleo de saúde mental) em municípios com menos de 20.000 habitantes;

- 2) Viabilizar a implantação do CAPS Tipo I, CAPSad e CAPSi, através de consórcio entre os municípios de pequeno porte, em âmbito microrregional, com a aprovação pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e liberação de financiamento pelo Ministério da Saúde, baseado na população, no perfil epidemiológico, na acessibilidade, integralidade e no conceito atual de saúde;
- 3) Garantir maior efetividade da coordenação de saúde mental do Estado, junto aos municípios, no que se refere à articulação, suporte técnico e capacitação da rede de atenção em saúde mental;
- 4) Criar a coordenação em saúde mental escolhida pelo serviço, com uma equipe multiprofissional e intersetorial nos municípios, assegurando os cargos de coordenador de saúde mental e pessoal de apoio administrativo, com objetivo de coordenar as ações baseando seu planejamento e execução em três eixos de atuação: Eixo usuário; Eixo família/Comunidade; Eixo equipe.
- 5) Estabelecer uma residência multiprofissional, curso de especialização e capacitação em saúde mental, priorizando inicialmente a formação dos profissionais que atuam na Rede de Saúde Mental e na área de Atenção Básica;
- 6) Fomentar espaços de aprendizagem, baseada na prática, na interface entre saúde mental e demais áreas da saúde, em especial no PACS/ESF;

Destaco que, todas as propostas direcionadas aos municípios de pequeno porte foram apresentadas unicamente pelo município de Abaiara, nenhum outro município pensou nestas, e isso somente foi possível devido ao estudo e elaboração desta dissertação, orientada sabiamente pelo Prof. Arnoldo, uma vez que se não fosse esta, eu não teria esse olhar e consequentemente, os municípios de pequeno porte ficariam de distantes das discussões da Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no município de Juazeiro do Norte-CE.

Tenho entrado em contato com o coordenador de saúde mental do Estado do Ceará e sugerido uma maior atenção para estas questões. O mesmo se demonstrou disponível e na oportunidade fui convidada para apresentar os resultados desta dissertação em Fortaleza, com o objetivo de chamar atenção para a realidade estudada e promover uma discussão a nível de Estado, bem como pensar em um projeto a ser desenvolvido no município de Abaiara como ação emergencial.

Aqui visualizo um caminho pedregoso, mas que já começa a ser enfrentado, e tenho certeza que juntos enfrentaremos todo o percurso, na busca por novos e velhos desafios para superá-lo, assumindo a responsabilidade humana e profissional.



Fonte: fotografia obtida na pesquisa.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai. 2009.
- ALMEIDA, A. M; STROPPA, A. Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 2, n. 1. 2009.
- ANTHIKAD, J; tradução Fernando Gomes do Nascimento. **Psicologia para a Enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: Reichmann & Editores, 2005.
- ARANHA, M. **Culpa**. Instituto de Ciências Cognitivas, disponível em www.icc-br.org. 2009.
- ARANTES, D. V. Depressão na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 2, n 8, jan/mar. 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 2006.
- BARBOSA, S. R. C. S. Subjetividade e Complexidade Social: Contribuições ao Estudo da Depressão. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 317-350. 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa – Portugal: edições 70, 1977.
- BARROS, M. M. M. A; CHAGAS, M. I. O; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, v. 1, p 227-232. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Atenção Básica. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1>. Acesso em: 04/09/2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 82p.

_____. Ministério da Saúde. **MS lança Política Nacional de Saúde do Homem**. Base de dados. 2009a. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10490>. Acesso em: 09/09/2009.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério apresenta ações para qualificar saúde do homem na Festa do Peão de Boiadeiro, em Barretos**. Base de dados. 2009b. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10501>. Acesso em: 12/08/2009.

_____. Ministério da Saúde. **Base de dados**. 2009c. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 04/09/2009.

_____. Ministério da Saúde. **SUS 20 anos**. Base de dados. 2009d. Disponível em:
<http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=53>. Acesso em: 11/09/2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. Proteção Social Básica. **Orientações Técnicas – Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**. Brasília. 2009e.

CEDRAZ, A; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades ou desinstitucionalizantes? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubia, 2004.

COIMBRA, V. C. C; OLIVEIRA, M. M; VILA, T. C; ALMEIDA, M. C. P. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.

07, n. 01, p. 113 – 111. 2005. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 04/09/2009.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubia, 2004.

COUTINHO, M. P. L; GONTIÈS, B; ARAÚJO L. F; SÁ, R. C. N. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Revista Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 8, n. 2, p. 183-192, jul/dez. 2003.

CRUZ, E. B. S; SIMÕES, G. L; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4. 2005.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELGADO, P. G. In: XAVIER, D. **Depressão cresce no mundo inteiro**. Agência Brasil – Empresa Brasil de comunicação, 2008. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/04/07/materia.2008-04-07.0180085008/view>. Acesso em: 11/09/2009.

FACHIN, A. **Fundamentos da Metodologia**. 4. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2003.

FLECKA, M. P. A; LIMA, A. F. B. S; LOUZADA, S; SCHESTASKY, G; HENRRRIQUES, A; BORGES, V; CAMEYB, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438. 2002.

FLECK, M. P. A; LAFER B; SOUGEY, E. B; DEL PORTO J. A; BRASIL, M. A; JURUENA, M. F. **Diagnóstico e Tratamento da Depressão**. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001.

FERRIOLLI, S. H. T; MARTURANO, E. M; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-259. 2007.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa saúde da família**. Goiânia-GO: AB. 2003.

FREIRE, L. A atuação dos psicólogos no CRAS. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, Ano 7, n. 7, Jul. 2010.

FREEDHEIN, S.B. Por que menos sinos dobram no Ceará: o sucesso de um Programa de Agentes de Saúde Comunitários no Ceará – Brasil. 1988. 63 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano) – Universidade de Vermont, 1988.

GONÇALVES, M. G; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001.

GORESTEIN, C; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5. Edição Especial, Set/Out. 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>>. Acesso em: 08/11/2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M. O Agente Comunitário de Saúde: Uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 10-17. 2006.

LAKATOS, M. A; MARCONI, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LANDIM, H. M. L. M. O perfil do agente comunitário de saúde do Município de Abaiara-CE. 2009. 40f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade Integrada de Patos – Departamento de Pós-Graduação, Patos, 2009.

LEITE, V. M. M; CARVALHO, E. M. F; BARRETO, K. M. L; FALCÃO, I. V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, jan/mar. 2006.

LIMA, R. L; MIGOTT, A. M. B. Dinâmica familiar e depressão. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 17, p. 61-66, jul/dez. 2003.

MARTIN, D; QUIRINO, J; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597. 2007.

MARTINS, A. K. L; BRAGA, V. A. B; SOUZA, A. M. A. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 165-172, out/dez. 2009.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, jul. 2009.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Vinte anos de SUS(cesso). In: 20 anos de SUS: avanços e desafios. **Revista Sustentação**, Fortaleza, n. 22, mai/jun/jul/ago. 2008.

MATTAR, R.; SILVA, E. Y. K.; CAMANO, L.; ABRAHÃO, A. R.; COLAS, O. R.; ANDALAF NETO, J.; LIPPI, U. G. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORRONE, C. F. Só para não ficar desempregado - resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia, Brasília, 2001.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345. 2005.

NARCISO, A. M.; BRANDAO, C. R. Errâncias sertanejas: as migrações campo-cidade em Montes Claros no Norte de Minas Gerais. **XLVI Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural**. Anais: Rio Branco – Acre, 2008.

NORONHA, J. C. A maioria do SUS ainda vai chegar. In: 20 anos de SUS: avanços e desafios. **Revista Sustentação**, Fortaleza, n. 22, mai/jun/jul/ago. 2008.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. A.; CRUVINEL, M.; NÉRI, A. L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai/ago. 2006.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio/ago. 2006.

PARANAGUÁ, T. T. B; BEZERRA, A. L. Q; SOUZA, M. A; SIQUEIRA, K. M. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan/mar. 2009.

PELUSO, E. T. P; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-48. 2008.

PEREIRA, M. A. O; BARBIERI, L; PAULA, V. P; FRANCO, M. S. P. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572. 2007.

PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, mai. 1999.

REINALDO, A. M. S; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 396-405. 2004.

REINALDO, A. M. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 173 – 178, mar. 2008.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar/ abr. 2004.

RIOS, I. C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 251-263. 2007.

SANTOS, F. B; LOPES, S. Explorando o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família de São José do Rio Preto sobre depressão. **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 23-29, jan/mar. 2007.

SANTOS, J. L. F. S; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 1-18, jan/abr. 1999.

SANTOS, M. J; KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos defeitos da educação. **Revista Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 5-26, jan/mar. 2007.

SANTOS, P. S. **Avaliação da presença de depressão entre usuários de plantão noturno em unidade de emergência**. 2008. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiatria) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

SCÓZ, T. M. X; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5 n. 2, p. 71 – 77. 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 04/09/2009.

SILVA, M. C. F; FUREGATO, A. R. F; COSTA JÚNIOR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, jan/fev. 2003.

SILVA, J. A; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SILVEIRA, L. C; BRAGA, V. A. B. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 429-437. 2004.

SOARES, M. S. A maioria do SUS: um modelo social vitorioso. In: 20 anos de SUS: avanços e desafios. **Revista Sustentação**, Fortaleza, n. 22, mai/jun/jul/ago. 2008.

TEIXEIRA, M. A. R; HASHIMOTO, F. Da melancolia à depressão: genialidade versus loucura. [2005-2006]. Disponível em: <<http://www.assis.unesp.br>>. Acesso em: 12/08/2009.

VALENTINI, W; LEVAVB, I; KOHNC, R; MIRANDAD C. T; MELLOE, A. A F; MELLOE, M. F; RAMOSA, C. P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 522-528. 2004.

VENTANIA. Caminho de pedras. Disponível em: <http://ventania.musicas.mus.br/letras/291840>. Acesso em: 20/09/2010.

VISMARIL, L; JUSSILANE, G. A; PALERMO-NETO, J. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 196-204. 2008.

VASCONCELOS NETO, J. A. 20 anos de SUS: avanços e desafios. **Revista Sustentação**, Fortaleza, n 22, mai/jun/jul/ago. 2008.

WAI, M. F. P; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, out/dez. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Prezado Agente Comunitário de Saúde,

Esta pesquisa intitula-se “AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ESTADOS DEPRESSIVOS NO MUNICÍPIO DE ABAIARA-CE-BR”. Será realizada em quatro Unidades de Saúde da Família da cidade de Abaiara - CE, e está sendo desenvolvida por Tarciana Sampaio Costa, aluna do Curso de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob orientação do Professor Doutor Francisco Arnaldo Nunes de Miranda. O objetivo da pesquisa é analisar ações dos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família diante do usuário com estados depressivos no município de Abaiara-CE-BR.

A pesquisa será realizada em local previamente estabelecido, em sala disponibilizada pela Secretaria Municipal da Saúde, através de um roteiro de entrevista e gravações, nos quais serão arquivados em um CD na UFRN. Tais dados servirão para identificar a atual situação das ações e acompanhamentos dos estados depressivos na ESF, sendo demonstradas as lacunas e como trabalhá-las, em prol da melhoria da assistência, beneficiando os sujeitos desta pesquisa.

Sua participação é voluntária e confidencial. Informamos que para a realização deste estudo tomamos por base a Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 196, 10/10/1996, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Diante do exposto, solicitamos sua autorização para realizar a referida pesquisa, bem como permissão para apresentarmos os resultados em eventos e publicarmos em revistas técnico-científicas. Esclarecemos ainda, que lhes serão reservados os direitos de desistência em qualquer momento da pesquisa, bem como o de ter acesso a qualquer informação relativa ao trabalho em andamento quando desejar. Além disso, não existem respostas certas ou erradas, mas o que mais interessa é sua opinião sincera sobre os temas abordados.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu livre consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Abaiara - CE, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador Responsável: Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Av. Odilon Gomes de Lima, nº 1892, apto.208 , bairro Capim Macio, 59.078-400 Natal-RN
Fone: 9840 3207-1757 / (84) 8828-2232 – E-mail: farnoldo@gmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Prezado Senhor (a),

Esta pesquisa intitula-se “AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ESTADOS DEPRESSIVOS NO MUNICÍPIO DE ABAIARA-CE-BR”. Será realizada em quatro Unidades de Saúde da Família da cidade de Abaiara - CE, e está sendo desenvolvida por Tarciana Sampaio Costa aluna do Curso de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob orientação do Professor Doutor Francisco Arnaldo Nunes de Miranda. O objetivo da pesquisa é analisar ações dos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família diante do usuário com estados depressivos no Município de Abaiara-CE-BR.

A pesquisa será realizada no domicílio, através de um roteiro de entrevista, no qual serão arquivados na UFRN. Tais dados servirão para identificar a atual situação das ações e acompanhamentos dos estados depressivos na ESF, sendo demonstradas as lacunas e como trabalhá-las, em prol da melhoria da assistência, beneficiando os sujeitos desta pesquisa.

Sua participação é voluntária e confidencial. Informamos que para a realização deste estudo tomamos por base a Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 196, 10/10/1996, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Diante do exposto, solicitamos sua autorização para realizar a referida pesquisa, bem como permissão para apresentarmos os resultados em eventos e publicarmos em revistas técnico-científicas. Esclarecemos ainda, que lhes serão reservados os direitos de desistência em qualquer momento da pesquisa, bem como o de ter acesso a qualquer informação relativa ao trabalho em andamento quando desejar. Além disso, não existem respostas certas ou erradas, mas o que mais interessa é sua opinião sincera sobre os temas abordados, e informamos que sua colaboração é confidencial e sua identidade será mantida em mais absoluto sigilo.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu livre consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Abaiara - CE, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador Responsável: Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Av. Odilon Gomes de Lima, nº 1892, apto.208, bairro Capim Macio, 59.078-400 Natal-RN
Fone: 9840 3207-1757 / (84) 8828-2232 – E-mail: farnoldo@gmail.com.br.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questões Sociodemográficas:

Sexo: () Feminino () Masculino. Idade: _____ anos.

Estado Civil: _____

A quanto tempo trabalha como ACS? _____ anos _____ meses.

Pertence a que ESF: _____

Questões Objetivas:

01) Ao chegar em um domicílio em sua área de abrangência, o que você faz quando encontra uma pessoa se queixando de tristeza ?

02) Você na visita domiciliar em sua área de abrangência já encontrou alguma pessoa que relatou não estar dormindo, sem apetite e com sentimento de tristeza?

() sim () não

03) O que você disse ou fez a respeito?

04) Você na visita domiciliar em sua área de abrangência já encontrou alguma pessoa que relatou:

() não estar dormindo

() sem apetite

() com desesperança

() com vontade de desistir de tudo

() ficar isolado do mundo

05) O que você disse ou fez a respeito?

06) Você já encontrou na rua alguma pessoa com mudança de comportamento [por exemplo: falando sozinho, gesticulando ou correndo e andando acelerado, agitado]?

() sim () não

07) O que você disse ou fez a respeito?

08) Você concordaria em me acompanhar numa visita a duas dessas pessoas em suas casas?

() Sim Não ()

09) Se não, por quê?

10) Como é para você, atuar numa microárea, onde existem pessoas com sinais de depressão e não ter no Município uma ação específica que trate de tal problemática?

Agradecemos a colaboração!

ANEXOS

ANEXO A – INQUÉRITO DE BECK



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Nome: _____ Idade: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____
ACS: _____
Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas, caso não domine a leitura, eu lerei para você. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer idéia de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrita mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3 Considero-me feio(a).

15.

- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

- 0 Durmo tão bem como habitualmente.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.

19.

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.
- 2 Perdi mais de 5 kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____

ANEXO B – OFÍCIO A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ABAIARA-CE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício n.º 20/0 Dep. Enf. UFRN

Natal/RN, 15 de outubro de 2009

Senhora Jeovanna Tavares Sampaio

Secretária de Saúde do Município de Abaiara/CE,

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem e com 03 Bases de Pesquisa, entre elas a Base “Enfermagem Clínica”. Dentro deste contexto, a Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mestranda Tarciana Sampaio Costa, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade, orientanda do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, pretende desenvolver uma pesquisa intitulada “ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: relato dos agentes comunitários de saúde sobre estados depressivos”, cujo objetivo é: Avaliar relatos dos agentes comunitários de saúde sobre atenção em saúde mental a partir de queixas de estados depressivos no Município de Abaiara-CE-BR.

O instrumento de coleta de dados será um roteiro de entrevista estruturado às pessoas cadastradas na ESF do Município e um roteiro de entrevista semi-estruturado aplicado aos ACS (**ver anexo**). Para tanto, solicitamos o espaço físico do serviço de saúde mencionado para aplicação do instrumento aos ACS.

Acreditamos que o desenvolvimento da pesquisa, mediante seus resultados, propiciará um melhor entendimento da dinâmica do serviço de saúde mental, especificamente a Depressão, no âmbito da ESF, no Município.

No que concerne ao cenário brasileiro, consideramos pertinente o estudo tendo em vista os novos dispositivos de saúde mental, ditos substitutivos, em meio às diretrizes da Reforma Psiquiátrica vigente.

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, solicitamos a vossa aquiescência em permitir o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados junto aos usuários cadastrados na ESF e ACS's. No ensejo, pedimos autorização para utilização do nome desta instituição no relatório final (**ver em anexo o modelo de declaração de autorização**) e em eventos nacionais e internacionais, e ainda, e periódicos indexados.

Outrossim, salientamos que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/96 que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e que estes serão utilizados tão somente para fins expressos nesta solicitação.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta direção agradecemos antecipadamente e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Prof. Dr^a Akemi Iwata Monteiro

ANEXO C – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABAIARA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: “ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: relato dos agentes comunitários de saúde sobre estados depressivos”

RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda.

EQUIPE DE TRABALHO: Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda (Orientador) e Prof. Tarciana Sampaio Costa (Mestranda).

Conhecendo o propósito deste projeto de pesquisa, seu objetivo e metodologia, declaramos que:

Autorizamos o acompanhamento das atividades no serviço de saúde (ESF) e a coleta de dados da pesquisa na instituição, fornecendo inclusive espaço físico para a coleta.

Sim () Não

Fornecemos espaço físico para coleta de dados da pesquisa nos serviços de saúde envolvidos.

Sim () Não

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico, eventos e publicações em periódicos na área da Enfermagem e Saúde.

Sim () Não

Quanto ao relatório técnico-científico:

Requeremos a apresentação dos resultados na instituição mediante relatório semestral e dos artigos.

Sim () Não

Abaiara, CE, 19/11/2009


Secretária de Saúde do Município de Abaiara-CE

Tarciana Sampaio Costa
Secretária Municipal de Saúde
CPF 815.412.904-19

ANEXO D – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Ações dos agentes comunitários de saúde da estratégia da família diante do usuário com estados de depressivos**, protocolo 3761209 do pesquisador Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, foi aprovado, em reunião realizada no dia 11/02/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 16 de abril de 2010.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Joselito Santos'.

Joselito Santos
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa