



LIMITES E POSSIBILIDADES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

Ana Paula Brito Rodrigues*

Jaqueline Carvalho e Silva Sales**

Fernando José Guedes da Silva Júnior***

Marcoeli Silva de Moura****

Claudete Ferreira de Souza Monteiro*****

Ana Paula Cardoso Costa*****

Francisca Tereza de Galiza*****

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento de agentes comunitários de saúde sobre identificação de sintomas depressivos na comunidade. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa, realizada em Unidade Básica de Saúde, em Teresina, Piauí, Brasil, com 15 agentes comunitários de saúde. Utilizou-se o método da Pesquisa-Ação. A produção dos dados aconteceu em janeiro e fevereiro de 2019, por meio de dois seminários temáticos, pautados no Método Criativo Sensível. Os discursos foram submetidos à análise temática. **Resultados:** agentes comunitários de saúde reconhecem os sintomas depressivos por tristeza, choro, isolamento, anedonia e solidão, manifestados pelos indivíduos. Os limites para essa identificação, relatados pelos profissionais, foram dificuldade de acesso aos usuários e às famílias e estigma e preconceito com a depressão. Quanto às possibilidades, destacaram-se acesso à informação sobre a temática pela mídia, diálogo/conversa estabelecido entre usuário e profissional e acesso à rede de apoio. **Considerações finais:** conclui-se que o reconhecimento, as limitações e as possibilidades de identificação de sintomas depressivos por esses profissionais refletem no diagnóstico, planejamento e implementação de ações no cuidado em saúde mental de forma precoce e segura.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Depressão. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

Com a Reforma Psiquiátrica, os agravos que afetam a saúde mental da população brasileira receberam nova logística para o cuidado. Passou-se a valorizar intervenções assistenciais de caráter territorial, comunitário e pautado na promoção do bem-estar biopsicossocial, que possibilitam atenção em saúde mental diferente da retratada pelo cenário histórico de desassistência e maus-tratos⁽¹⁾.

Portanto, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que essa logística passa a acontecer de forma integrada com a rede de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse novo contexto de cuidados em saúde mental, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) como

modelo organizativo e de acesso ao SUS, que indivíduos com necessidade de cuidados em sua saúde mental precisam encontrar acolhida, incorporação e estruturação de espaços adequados para identificação de sintomas de adoecimento mental⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a identificação de indivíduos com transtornos mentais pelos profissionais que compõem as equipes da ESF é de baixa a moderada, sendo frequentes as falhas na detecção de sintomas⁽²⁾. Diante de tal realidade, faz-se necessária a discussão dessa problemática pelos profissionais da ESF, pois são eles que representam a primeira oportunidade na percepção de sintomas depressivos na comunidade.

*Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: anapaula_phb@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5534-7883>.

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: jaqueline-carvalho@uol.com.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7657-5829>.

***Enfermeiro. Pós-doutor em Enfermagem. Docente da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: fernandoguedes@ufpi.edu.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5731-632X>.

****Cirurgião-dentista. Doutora em Odontopediatria. Docente da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: marcoelimoura@uol.com.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9044-9025>.

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: claudetefmonteiro@ufpi.edu.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0902-3340>.

*****Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: anapaulaccardoso@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1550-3685>.

*****Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos. Docente da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: terezagaliza@yahoo.com.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5217-7180>.

Como parte da equipe estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, teoricamente, residem no próprio território e conhecem os problemas que afetam o cotidiano dos indivíduos, família e comunidade. Assim, devem estar capacitados para identificar precocemente indivíduos com necessidade de cuidados em saúde e dentre estes aqueles com transtornos mentais, bem como encaminhá-los à continuidade do cuidado⁽³⁾.

Mesmo sendo importante, a literatura aponta que o conhecimento de ACS sobre transtornos mentais ainda é, por vezes, precário. Essa fragilidade pode gerar implicações que dificultem a assistência, sendo a falta de capacitação desses profissionais retratada como empecilho no processo de cuidado⁽³⁾. Indiscutivelmente, essa realidade se aplica ao contexto em que este estudo se encontra inserido.

Portanto, faz-se necessário conhecer como ACS identificam sintomas depressivos, quais limites e possibilidades para identificação das pessoas acompanhadas em seu território de atuação. Nesse contexto, definiu-se como questão de pesquisa: qual conhecimento de agentes comunitários de saúde sobre identificação de sintomas depressivos na comunidade?

Para responder a esse questionamento, delineou-se como objetivo desta pesquisa avaliar o conhecimento de agentes comunitários de saúde sobre identificação de sintomas depressivos na comunidade.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, do tipo intervenção, que utilizou a estratégia metodológica da Pesquisa-Ação⁽⁴⁾. Para nortear a condução metodológica, utilizou-se como ferramenta de apoio o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

O estudo foi desenvolvido em Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Teresina, Piauí, Brasil, com 15 ACS. O critério de inclusão foi estar com contrato de trabalho efetivo, com tempo mínimo de vínculo profissional de 1 ano e registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da referida UBS. Excluíram-se aqueles ACS que durante o período de produção de dados estiveram de férias ou afastados por motivos legais.

Para a realização da pesquisa, seguiram-se três

fases da Pesquisa-Ação: a exploratória, na qual foi realizado o levantamento da situação-problema e a negociação com os participantes da pesquisa; o desenvolvimento, que se constituiu dos seminários; e, por fim, a conclusão, na qual se realizaram a análise, a argumentação e a interpretação, além da divulgação dos resultados⁽⁴⁾.

Na primeira fase, a reunião de negociação aconteceu após agendamento prévio por meio de grupo no aplicativo *WhatsApp*, em janeiro de 2019. Essa reunião teve duração de 1 hora, em que foram realizados esclarecimentos e consensos entre o grupo de participantes e a equipe de pesquisa. Nessa ocasião, ficaram pactuadas a forma como os seminários aconteceriam, a frequência dos seminários (quinzenais) e a técnica de coleta de dados que seria utilizada⁽⁴⁾.

Para realizar os seminários, trabalhou-se com o Método Criativo Sensível (MCS)⁽⁵⁾, adotando-se as dinâmicas *brainstorming* (adaptada para forma escrita) e recorte e colagem, ambas agregadas à utilização de uma ou mais questões disparadoras específicas⁽⁶⁾. Estes tiveram duração média de 1 hora e 30 minutos, sendo realizados nos meses de janeiro e fevereiro de 2019, na sala de reunião da UBS, por facilitar o acesso dos participantes. Todos os seminários foram registrados em atas e as falas gravadas em aplicativo para iOS.

A pesquisa-ação é uma metodologia que propõe a realização de uma ação. Desse modo, ao final de cada seminário temático, ocorreu a devolutiva de saberes formais aos participantes por meio do desenvolvimento de minixposição⁽⁴⁾.

Posteriormente, os dados produzidos foram transcritos, mapeados e categorizados. Estes foram submetidos à análise temática, à interpretação, à argumentação e à discussão⁽⁷⁾, articulando-os com conceitos e concepções sobre o fenômeno investigado.

O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob parecer nº 2.975.812 (CAAE nº 00318818.0.0000.5214). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de preservar o anonimato dos participantes envolvidos no estudo, utilizou-se, no decorrer dos resultados, a letra “E” (E1, E2, E3 [...]), por ser a que inicia a palavra entrevistado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Levantaram-se os seguintes temas na análise dos dados produzidos: (re)conhecimento da sintomatologia depressiva; limitações para identificar sintomas depressivos; e possibilidades para identificar sintomas depressivos.

(Re)conhecimento da sintomatologia depressiva

Nesta categoria, observou-se que os ACS identificam usuários com sintomas depressivos em sua área de atuação a partir de características manifestadas pelos indivíduos, principalmente tristeza, choro, isolamento, perda de interesse por atividades antes realizadas com prazer e solidão. Sintomas esses que traduzem o (re)conhecimento adquirido por esses profissionais a partir de suas vivências, dos saberes culturais e do imaginário popular da sintomatologia depressiva.

Não é surpresa encontrar outras manifestações depressivas nos discursos, entretanto as que mais chamam a atenção desses profissionais em suas visitas domiciliares (VD) e os remetem à necessidade de cuidados desses indivíduos e familiares foram as pontuadas, como constatado no depoimento de E1e relatado, também, por E9:

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

É o isolamento, a negatividade extrema, profunda tristeza, tristeza muito grande. Achar que, de certa forma, o mundo está contra você, nada que você faz é bem-vindo, é aceito. **(E9)**

Estudo realizado em Recife, Pernambuco, Brasil, que buscou a percepção dos ACS sobre problemas de saúde mental na comunidade, evidenciou que embora a depressão seja um dos agravos mais frequentes, eles possuem dificuldades para reconhecê-la, mas demonstraram acolher os indivíduos durante as VD⁽⁸⁾. Em contrapartida, pesquisa desenvolvida em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, apontou que os ACS foram hábeis para identificar a demanda de saúde mental. Porém, essas demandas eram percebidas pela maioria deles como situações complexas com necessidades de ações intersetoriais, e não apenas dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

Quanto ao (re)conhecimento da sintomatologia depressiva, as práticas laborais vivenciadas pelos ACS têm significativa participação na construção de seus saberes em saúde mental. Esses profissionais aprendem aquilo que lhe é solicitado para desenvolver seu trabalho, relacionando-se com seu conjunto anterior de vivências no enfrentamento dos problemas que se apresentam. Logo, os saberes desses profissionais em saúde mental ainda estão pautados no imaginário popular, pouco compreendido e sobreposto nas práticas cotidianas⁽⁸⁾.

A depressão é uma síndrome heterogênea, com grande variação de sintomas, o que tem tornado mais difícil a identificação precoce da doença. Os principais sintomas depressivos manifestados pelos indivíduos são diminuição do humor, redução das atividades, da capacidade de diversão, de autoestima, autoconfiança e libido, concentração reduzida, ideia de culpa e inutilidade, sintomas somáticos, sensação de cansaço, retardo psicomotor ou agitação, alterações de padrões alimentares e de sono, além da perda de interesse⁽¹⁰⁾.

Além de sintomas depressivos clássicos, a sintomatologia grave referente ao suicídio e pensamento de morte foi citada por alguns ACS, referindo ser uma manifestação identificada durante as VD e que integra o conhecimento desses profissionais, conforme se observa no seguinte discurso:

Tristeza, angústia, apatia, descuido, solidão. E assim, a somatização do todo, a única forma que a pessoa tem de se sentir melhor é cometendo o suicídio. **(E11)**

O transtorno depressivo pode evoluir como fator desencadeante do comportamento suicida⁽¹¹⁾. Indivíduos com comportamento suicida podem ser identificados por diversos profissionais da equipe ESF, incluindo os ACS, pois, por meio da VD, constituem elo da comunidade com os demais profissionais. Sua atuação na comunidade permite aproximação com o usuário e favorece o reconhecimento de sintomas depressivos e comportamento suicida com mais frequência e de forma precoce⁽¹²⁾.

Os indivíduos depressivos que apresentam comportamento suicida necessitam de atenção multiprofissional. Os ACS, nesse cenário, estão em situação privilegiada, já que possuem vínculo

com sujeito e comunidade, possibilitados, assim, de realizar diagnóstico situacional precoce das necessidades de saúde mental, compartilhar e elaborar planos de atenção integral à saúde com os demais membros da equipe⁽¹³⁾.

Para que esse plano de atenção integral à saúde seja efetivo, a APS deve estar articulada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁽¹⁴⁾, em busca de superar modelos biomédicos centrados na doença e que tenham a medicação como forma principal de tratamento^(14,15).

Limitações para identificar sintomas depressivos

A posição que o ACS ocupa dentro da comunidade permite conhecê-la com proximidade maior que outros profissionais de saúde e, portanto, perceber alterações comportamentais nos indivíduos precocemente. Entretanto, para que isso seja possível, faz-se necessária a continuidade da assistência ao indivíduo, processo limitado pela dificuldade de acesso aos usuários, como demonstrado no depoimento de E15:

As dificuldades da gente, é que tem algumas pessoas que se abrem para mim, tem outras famílias que são trancadas e, às vezes, não quer nem receber. (E15)

Pôde-se inferir que existe resistência de alguns usuários na realização de VD, não permitindo que o ACS coloque em prática sua estratégia de trabalho.

Estudo realizado em Quixadá, Ceará, Brasil, que analisou a atuação do ACS no território, mostrou que a dificuldade de acesso é uma realidade no cotidiano de trabalho desses profissionais, visto que muitos domicílios são inacessíveis. Essa situação faz emergir sentimento de frustração, tristeza e angústia⁽¹⁶⁾.

A violência urbana e os diferentes conflitos presentes nas comunidades e periferias das cidades são outra situação também observada e que tem tornado a atuação do ACS e da APS limitada, implicando outros pressupostos essenciais para seu fortalecimento, como a integralidade do cuidado, o regresso do modelo biomédico, pontual e frágil na promoção dos direitos e redução das iniquidades sociais em saúde⁽¹⁷⁾.

Ademais, a literatura traz os planos de saúde como fator de limitação ao acesso do ACS às residências. Algumas famílias, por possuírem tal

serviço, negam o acesso destes para se cadastrar na ESF, utilizando somente serviços pontuais e sem continuidade⁽¹⁸⁾. Adentrar no domicílio e, por conseguinte, na privacidade da família exige responsabilidade, ética, compromisso, respeito de suas configurações, crenças, anseios e dinâmicas. Ao perceber a dinâmica de cada família, o ACS amplia seu olhar e planeja estratégias de cuidado, baseadas nas necessidades e individualidades de cada grupo familiar⁽¹⁹⁾.

Outra limitação observada no presente estudo foi o estigma da depressão. Mesmo após anos da Reforma Psiquiátrica, do novo modelo assistencial aos cuidados de saúde mental, do acolhimento de agravos mentais pela ESF e dos trabalhos de educação em saúde para desmitificar a doença mental, ainda existem percepções carregadas de preconceito, atreladas a um estado de loucura, e não de doença que necessita de cuidados de saúde, como bem expressa a colocação a seguir:

Tem um preconceito muito grande em relação a essa doença, as pessoas não querem que saibam que vai ao psiquiatra, que vai ao psicólogo, que psiquiatra é médico de doido. (E12)

O estigma e o preconceito fazem com que os indivíduos desenvolvam postura de desconfiança para compartilhar seus sintomas depressivos, como também ocultem consultas com profissional psiquiatra ou psicólogo, pelo medo de associação à loucura, limitando, assim, a identificação de sintomas depressivos pelos ACS.

Os ACS observam que a rejeição da pessoa que adoeceu por algum problema mental tem reação frequente de vergonha, acompanhada do preconceito e discriminação, segregando-a da sociedade. O indivíduo não é mais identificado pelo nome, em algumas situações perde sua identidade por não produzir mais suas atividades cotidianas, e ao deixar de contribuir social e economicamente, torna-se sem sentido para sociedade. Há desvalorização dos seus desejos, perdendo até mesmo o direito de exercer sua cidadania⁽²⁰⁾. Portanto, além de identificar sintomas depressivos, os ACS devem desmistificar tais condutas e trabalhar para aceitação e tratamento adequado.

Possibilidades para identificar sintomas depressivos

A sensibilidade de profissionais da ESF à demanda de saúde mental é resultado do fortalecimento das políticas implementadas no país e do novo modo de cuidar⁽¹⁰⁾. Nessa perspectiva, a identificação de sintomas depressivos em usuários da ESF deve ser incorporada à rotina desses profissionais, quer seja em atendimento clínico ou durante as VD, como forma de rastreio precoce e instituição de terapêutica adequada.

Para isso, o acesso à informação representa possibilidade importante no processo de identificação de sintomas depressivos, mesmo que por meios informais, tais como programas de televisão, livros, internet e rádio:

Hoje, você liga a televisão, vê um programa. Esses programas do meio da manhã ou do meio da tarde falando sobre o assunto, você ouve uma rádio, você ouve um especialista tratando do assunto. **(E4)**

Os meios de comunicação estão aí para gente usar, são como novas alternativas para esse desafio. Tem muita coisa sobre a depressão se a gente tiver interesse de buscar em livros e internet. **(E3)**

Diante da expansão de acesso às tecnologias, muitas pessoas têm internet, mídias sociais e meios de comunicação como principal fonte para obtenção de informação. Dessa forma, esses meios representam ferramenta relevante de apoio ao processo de ensino-aprendizagem e de divulgação de informação, dando oportunidade de não apenas serem usadas para promoção dos serviços e produtos, mas também para letramento informacional⁽²¹⁾.

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

É fundamental quando a pessoa se dispõe a falar, a expor o que ela sente no interior, botar para fora, expor para fora, a gente tem uma facilidade para saber o que é que a pessoa tá sentindo. **(E8)**

A conversa é, portanto, uma estratégia comum dentro da rotina de trabalho dos ACS no âmbito de saúde mental. Aconselhar é forma de executar o trabalho e possui efeitos terapêuticos⁽²²⁾. Para

além, destaca-se que a conversa e a escuta qualificada são ferramentas de trabalho que apresentam efeitos positivos na assistência à saúde.

Nesse espaço de conversas, diálogos e conselhos ofertados pelos ACS, informações importantes são repassadas à comunidade, assegurando troca entre os saberes populares de saúde e os saberes científicos, em razão da posição que ocupam - mediadores entre a comunidade e os demais profissionais de saúde⁽¹⁰⁾. Por meio dessas ferramentas, é estabelecido vínculo, tido como um dos atributos mais importantes na ESF⁽²³⁾. Sua construção é necessária no âmbito da saúde coletiva e destacada com frequência nas diretrizes da PNAB⁽²⁴⁾.

O diálogo/conversa, vínculo, escuta e acolhimento são tecnologias leves que o ACS utiliza para o desenvolvimento do seu trabalho. Estas se mostram como estratégias importantes no exercício profissional à demanda de saúde mental, estabelecidas durante as VD, e que podem possibilitar a identificação de sintomas depressivos^(10,18).

Os ACS destacaram como outra possibilidade para identificação de sintomas depressivos o acesso à família e a presença da rede de apoio, sejam familiares dos usuários ou profissionais da ESF. Por meio do depoimento do E5, constata-se que esse profissional se encontra em uma posição favorável de acesso à família na ESF pela oportunidade de entrar na casa, acessar a família e interagir com tudo que permeia o indivíduo:

Se você tem acesso à família como agente de saúde, ele se torna um facilitador. **(E5)**

Ocasionalmente, ao perceber demandas de saúde mental, os ACS podem encontrar-se em situações que não compreendem muito bem, mas simultaneamente buscam apoio em membros da ESF que podem esclarecer suas incertezas e orientar suas ações:

Quando chego que vejo que a pessoa quer conversar muito, mas ela quer conversar muito e tá fugindo da minha área eu já trago ela para UBS, já trago ela pra nossa enfermeira, então eu creio que o SUS ele me dá esse acesso e eu coloco como facilidade. **(E14)**

Logo, percebe-se que a rede de apoio entre os profissionais, ainda que pareça simples e informal, conforme se dá nos encontros

cotidianos, pode ser uma forma de aperfeiçoar os procedimentos dos envolvidos e ainda garantir cuidado multiprofissional e integral⁽²⁵⁾. Reconhecer suas possibilidades trouxe maior compreensão sobre seu exercício profissional no âmbito da saúde mental e identificação de sintomas depressivos, oportunizando auxiliar as ações de planejamento para melhoria da atuação do ACS.

Diante dos achados e dessa interlocução com a literatura, acredita-se que este estudo oferece contribuições para saúde coletiva e para saúde mental. A limitação desta pesquisa está relacionada ao fato de ter sido realizada apenas em uma UBS e com um número reduzido de entrevistados, entretanto, trata-se de possibilidade dada pelo próprio método escolhido. Assim sendo, alinhado com o método, acredita-se que este trabalho releve um panorama local que pode servir de base para comparações futuras, além de sugerir a realização de novas investigações, as quais abordem essa temática em um cenário mais

amplo, articulando-a com todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento, as limitações e as possibilidades de identificação de sintomas depressivos por ACS devem ser vistos como condição que merece atenção constante, pois dela depende identificar, mesmo de forma precoce, pessoas na comunidade que apresentam esses sintomas e encaminhá-las à UBS para diagnóstico, planejamento e implementação de ações no cuidado à saúde mental.

Estimular o trabalho dos ACS a partir da detecção precoce de sintomas depressivos constitui-se forma de fortalecer políticas públicas de saúde mental e saúde coletiva, minimizar estigmas, riscos e consequências a eles associados, além de contribuir para elevação do nível de assistência prestada e qualidade de vida da população assistida.

LIMITATIONS AND POSSIBILITIES OF COMMUNITY HEALTH WORKERS IN IDENTIFYING DEPRESSIVE SYMPTOMS

ABSTRACT

Objective: to evaluate the knowledge of community health workers about the identification of depressive symptoms in the community. **Method:** this is a qualitative research, conducted in a Primary Health Care Unit in Teresina, Piauí, Brazil, with 15 community health workers. We used the Action-Research method. Data production took place in January and February 2019, through two thematic seminars, guided by the Creative Sensitive Method. The speeches were submitted to thematic analysis. **Results:** community health workers recognize the depressive symptoms by means of sadness, crying, isolation, anhedonia and loneliness, manifested by individuals. The limitations to this identification, reported by professionals, were difficulty of access to users and families, as well as stigma and prejudice against depression. As for the possibilities, access to information about the theme through the media, dialogue/conversation established between users and professionals, besides access to a support network, were highlighted. **Final considerations:** we conclude that the recognition, limitations and possibilities of identification of depressive symptoms by these professionals are reflected in the diagnosis, planning and implementation of actions in mental health care in an early and safe way.

Keywords: Community Health Workers. Depression. Primary Health Care. Mental Health. Qualitative Research.

LÍMITES Y POSIBILIDADES DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN LA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento de agentes comunitarios de salud sobre identificación de síntomas depresivos en la comunidad. **Método:** se trata de investigación cualitativa, realizada en Unidad Básica de Salud, en Teresina, Piauí, Brasil, con 15 agentes comunitarios de salud. Se utilizó el método de Investigación-acción. La producción de los datos tuvo lugar en enero y febrero de 2019, a través de dos seminarios temáticos, de acuerdo con el Método Creativo-sensible. Los discursos fueron sometidos al análisis temático. **Resultados:** Los agentes comunitarios de salud reconocen los síntomas depresivos por tristeza, llanto, aislamiento, anhedonia y soledad, manifestados por los individuos. Los límites para esa identificación, relatados por los profesionales, fueron dificultad de acceso a los usuarios y a las familias y estigma y prejuicio con la depresión. En cuanto a las posibilidades, se destacaron acceso a la información sobre la temática por los medios, diálogo/conversación establecido entre usuario y profesional y acceso a la red de apoyo. **Consideraciones finales:** se concluye que el reconocimiento, las limitaciones y las posibilidades de identificación de síntomas depresivos por parte de estos profesionales reflejan en el diagnóstico, la planificación e implementación de acciones en el cuidado en salud mental de forma precoz y segura.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud. Depresión. Atención Primaria de Salud. Salud Mental. Investigación Cualitativa.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Chaves Neto G, Almeida SA, Almeida LR. Mental health care in the territory: conceptions of primary health care professionals. *Esc. Anna Nery*. 2017;21(3):e20160040. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0040.
2. World Health Organization (WHO); World Organization of Family Doctors (WONCA). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008 [acesso em: 06 jul. 2018]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf.
3. Silva Junior RF, Araújo DF, Silva NKF, Torres SAS, Diniz HJC, Torres JDRV. O papel do agente comunitário de saúde no atendimento ao portador de transtorno mental. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2016 [acesso em: 06 jul. 2018];8(1):841-845. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/06_2016.pdf.
4. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
5. Soratto J, Pires DEP, Cabral IE, Lazzari DD, Witt RR, Sipriano CAS. A maneira criativa e sensível de pesquisar. *Rev. Bras. Enferm.* 2014;67(6):994-999. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670619.
6. Ferraz L, Masetti AP, Camargo JC, Schneider LR, Bonamigo LF. Drogas e legislação: a ótica de adolescentes rurais. *Conhecimento Divers.* 2017;9(19):37-46. DOI: 10.18316/rcd.v9i19.2954.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Cabral TMN, Albuquerque PC. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde em Debate*. 2015;39(104):159-171. DOI: 10.1590/0103-110420151040415.
9. Souza J, Assad FB, Barbosa SP, Badagnan HF, Almeida LY, Garla CC. Mental health care situations in family health units: perception of community health agents. *TextoContextoEnferm.* 2015;24(1):204-211. DOI: 10.1590/0104-07072015002850013.
10. Fried EI. The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *J Affect Disord.* 2017;208:191-197. DOI: 10.1016/j.jad.2016.10.019.
11. Fagundes IVO, Oliveira LPBA, Barros WCTS, Magalhães AG, Medeiros AG, Pereira DO. Common mental disorder in elderly people with chronic non-communicable diseases in primary health care. *Ciênc., Cuid. Saúde*. 2020; 19:e50072. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v19i0.50072.
12. Silva Júnior FJG, Silva KH, Sales JCS, Costa APC, Monteiro CFS. Pesquisa-ação sobre saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da prevenção do comportamento suicida. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200386. DOI: 10.1590/interf.200386.
13. Silva PF, Nóbrega MPSS, Oliveira E. Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida. *Revenferm UFPE online*. 2018; 12(1):112-117. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i01a23511p112-117-2018.
14. Almeida DL, Cota ALS, Alvim RG, Pereira TS. Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família. *Research, Society and Development*. 2020; 9(3):e18932134. DOI: 10.33448/rsd-v9i3.2134.
15. Garcia GDV, Zanoti-Jeronymo DV, Zambenedetti G, Cervo MR, Cavalcante MDMA. Healthcare professionals' perception of mental health in primary care. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(1):e20180201. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-02011.
16. Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(3):813-822. DOI: 10.1590/1413-81232018233.00292016.
17. Almeida JF, Peres MFT, Fonseca TL. The territory and implications of urban violence for the work process of community health agents in a primary healthcare unit. *Saúde Soc.* 2019;28(1):207-221. DOI: 10.1590/s0104-12902019170543.
18. Santana VC, Burlandy L, Mattos RA. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). *Saúde em Debate*. 2019;43(120):159-169. DOI: 10.1590/0103-1104201912012.
19. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde em Debate*. 2018;42(119):940-951. DOI: 10.1590/0103-1104201811912.
20. Paiva PC, Torrenté MON, Landim FLP, Branco JGO, Tamboril BCR, Cabral ALT. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent*. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016;50(spe):139-144. DOI: 10.1590/S0080-623420160000300020.
21. Gasque KCGD. Internet, mídias sociais e as unidades de informação: Foco no ensino-aprendizagem. *Brazilian Journal of Information Science: Research Trends*. 2016;10(2):14-20. DOI: 10.36311/1981-1640.2016.v10n2.03.p14.
22. Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis*. 2017;27(3):813-833. DOI: 10.1590/s0103-73312017000300022.
23. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab. Educ. Saúde*. 2018;16(1):163-182. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00086.
24. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis*. 2017; 27(4):1003-1022. DOI: 10.1590/S0103-73312017000400008.
25. Moura RFS, Silva CRC. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. *Physis*. 2015; 25(3):993-1010. DOI: 10.1590/S0103-73312015000300016

Endereço para correspondência: Fernando José Guedes da Silva Júnior. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga – CEP: 64.049-550. Teresina, Piauí, Brasil. Telefone: +55 (86) 99976-7784. E-mail: fernandoguedes@ufpi.edu.br

Data de recebimento: 08/04/2021

Data de aprovação: 10/11/2021