

SITUAÇÕES DE SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Jacqueline de Souza¹, Francine Baltazar Assad², Sara Pinto Barbosa³, Heloisa França Badagnan⁴, Letícia Yamawaka de Almeida⁵, Caroline Clapis Garla⁶

¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: jacsouza2003@usp.br

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: franassad@hotmail.com

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: saraenfer@yahoo.com.br

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: heloisabadagnan@yahoo.com.br

⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: Leticia.almeida@usp.br

⁶ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: carolgarla@hotmail.com

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, com 17 Agentes Comunitários de Saúde. O objetivo foi analisar a percepção destes profissionais quanto às situações de saúde mental mais frequentes no território. Os dados foram coletados utilizando observação do território e dois grupos focais. Para a análise utilizou-se a perspectiva estruturalista. Os resultados apontaram que estes profissionais percebem as demandas de saúde mental a partir de uma concepção ampliada de saúde, na qual os recursos se articulam intersetorialmente. Apesar de referirem dificuldades, desenvolviam ações calcadas em tecnologias leves e não, necessariamente, centradas na doença. Concluiu-se que estes aspectos reforçam a potência dos agentes comunitários de saúde como atores de práticas de saúde mental e importante elo entre o serviço de saúde e a comunidade.

DESCRIPTORES: Atenção primária à saúde. Saúde da família. Saúde mental. Agentes comunitários de saúde.

MENTAL HEALTH CARE SITUATIONS IN FAMILY HEALTH UNITS: PERCEPTION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

ABSTRACT: This was a qualitative, descriptive study, performed with 17 Community Health Agents. The aim was to analyze the perception of these professionals regarding the most frequent mental health cases in the region. Data was collected through observation of the region and two focus groups. We used the structuralist perspective for the analysis. The results showed that these professionals perceived mental health demands from an expanded concept of health, in which the resources fit together between the various sectors. They deal with difficulties, develop actions based on soft technologies and do not necessarily focus on the disease. It was concluded that these elements reinforce the power of the Community Health Agents as performers of mental health care practices and as an important link between the healthcare service and the community.

DESCRIPTORS: Primary health care. Family health. Mental health. Community health workers.

SITUACIONES DE SALUD MENTAL EN LAS UNIDADES DE SALUD FAMILIAR: PERCEPCIÓN DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

RESUMEN: Se trata de una investigación descriptiva cualitativa, con 17 Agentes Comunitarios De Salud tuvo como objetivo analizar la percepción de estos profesionales con respecto a las situaciones de salud mental frecuente. Las tareas de los agentes comunitarios de salud son la identificación, prevención, promoción de la salud de las familias en el territorio. Se les considera actores importantes en la identificación de las necesidades de salud mental en la atención primaria. Para la recolección de datos se utilizó la observación y dos grupos focales. Para el análisis de los datos se utilizó la perspectiva estructuralista. El método utilizado fue la observación del territorio y grupos focales. Los resultados mostraron que estos profesionales tienen una visión amplia de las necesidades de salud mental y que los recursos de atención de salud se insertan en una propuesta intersectorial. Estos profesionales, aunque las dificultades que señalan, están desarrollando acciones basadas en las tecnología ligeras, y no necesariamente centrado en la enfermedad. Se concluye que estos aspectos refuerzan el poder de la agentes comunitarios de salud como actores de prácticas de salud mental y importante vínculo entre el servicio de salud y la comunidad.

DESCRIPTORES: Atención primaria de salud. Salud familiar. Salud mental. Agentes comunitarios de salud.

INTRODUÇÃO

Diversos pesquisadores têm destacado o grande número de pacientes com transtornos mentais não diagnosticados e/ou sem acompanhamento. Isto ocorre, porque muitos desses sujeitos procuram os serviços de saúde com sintomas somáticos e os profissionais nem sempre relacionam tais queixas com a saúde mental destas pessoas, culminando em atendimentos ineficientes e altas taxas de reutilização dos serviços de saúde de modo não resolutivo.¹⁻⁵

Nesse sentido, um estudo desenvolvido na Holanda apontou que 43% dos pacientes com ansiedade e depressão não recebiam nenhum tipo de cuidado. No Canadá, apenas 40% das pessoas com transtornos mentais têm acesso aos cuidados especializados.^{1,6} No contexto mundial, 50% das pessoas com ansiedade e depressão, e ao menos uma em cada três com esquizofrenia, não recebem nenhum tratamento. Tal porcentagem varia de 35 a 50% nos países desenvolvidos e de 76 a 85% nos países de baixa ou média renda.⁷ Essa ausência de acompanhamento causa incapacidades, culmina em sofrimento humano e perdas econômicas para os países. Além disso, países com menos recursos de saúde mental são também os que os distribuem de forma mais desigual.⁷

O Brasil está entre os 2/3 de países que possuem uma política de saúde mental, a qual inclui legislação específica para proteção dos direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais.⁷ Essa política atende a uma preconização internacional de criação de serviços de base comunitária para complementar os cuidados hospitalares, visando ações mais resolutivas e diminuição dos custos. Essa recomendação é seguida por apenas 52% dos países de baixa renda e 97% dos países de alta renda.⁷⁻⁸

Além disso, o Brasil está entre os poucos países de baixa e média renda que têm empreendido esforços para o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) bem como para o apoio especializado (consultorias e apoio matricial) para melhoria da identificação e tratamento de pessoas com transtornos mentais.^{7,9-11} Seu aporte de recursos humanos especializados (psiquiatras e enfermeiros especialistas na área) é semelhante aos Estados Unidos, Canadá, Austrália, África do Sul e alguns países da Europa: 25,1 a 600/100.000 habitantes.⁷

Alguns pesquisadores internacionais têm ressaltado a questão do acesso aos cuidados de

saúde mental como aspecto crucial, pois a existência dos recursos por si só não garante a igualdade de acessibilidade destes serviços, ou seja, necessidade e acesso tendem a variar inversamente.⁶⁻⁷ A concepção de acesso inclui tanto a perspectiva geográfico-espacial quanto a resolutividade das ações, que é determinante para a confiança dos usuários no auxílio/cuidado que será proporcionado pelo serviço de saúde.¹⁻⁶

Sob este prisma, a extensão dos cuidados de saúde mental à atenção primária consiste numa estratégia de expansão do acesso e de ampliação da capacidade de identificação e resolubilidade das equipes frente às necessidades de saúde mental que, geralmente, são acompanhadas por outras demandas clínicas, que também não podem ser negligenciadas. Além disso, o atendimento de tais necessidades nesse *setting* diminui o estigma do transtorno mental, permite a detecção de fatores de risco e contextualização da demanda no local que o usuário vive, contribuindo para resultados clínicos e sociais mais efetivos.⁹⁻¹³

Os cuidados de saúde mental na APS, no Brasil, têm tomado impulso, sobretudo pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).¹⁴ Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) atuam conjuntamente com os demais profissionais da atenção primária e suas atribuições envolvem ações de identificação, prevenção, promoção à saúde e acompanhamento das famílias no território.¹⁵⁻¹⁶

Os ACSs são, hoje, atores importantes das ações em saúde da população e um dos critérios para selecioná-los é que eles residam na própria comunidade em que atuam, para que o vínculo com o território facilite o entendimento dos aspectos sociais que permeiam as situações de saúde e doenças locais. Eles são reconhecidos como profissionais da saúde de acordo com a Lei nº 10.507 de 2002 e, a partir de 2006, possuem vínculo de trabalho definido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).¹⁷⁻¹⁹

Pressupõe-se que no exercício de seu papel de vigilância e vinculação dos serviços com a comunidade, estes profissionais são peças-chave na ampliação do acesso e identificação das demandas de saúde mental, tanto através das visitas domiciliares como em outras ações que realizam no território, como atividades em escolas, parcerias com lideranças comunitárias e contato com organizações religiosas.

Assim, é imprescindível o desenvolvimento de estudos que analisem a participação desses

profissionais na identificação e cuidado das necessidades de saúde mental empreendidas pela equipe da ESF.

Desta forma, surge o questionamento: qual a percepção dos ACSs sobre as situações de saúde mental mais frequentes no contexto da atenção primária?

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos ACSs sobre as situações de saúde mental mais frequentes no território adscrito das equipes da ESF.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, desenvolvida nas áreas adscritas por cinco equipes de saúde da família (EqSF) da região Oeste de Saúde de Ribeirão Preto-SP.

A coleta dos dados foi realizada no período entre maio e novembro de 2011, em duas etapas: na primeira, utilizou-se a técnica de observação e, na segunda, os grupos focais. Previamente à observação, houve uma orientação acerca do território com 17 ACSs e cinco enfermeiras das EqSFs, por meio de oito reuniões, nas quais estes profissionais forneceram o mapa do território e suas principais considerações em relação aos recursos do mesmo. A partir dessas orientações foi construído o roteiro de observação com foco em: espaços de encontro; aspectos positivos e negativos do território; dispositivos de apoio e proteção social; organizações não governamentais, e outros serviços de saúde no território.

O trabalho de campo foi realizado por cinco pesquisadores, sendo três pós-graduandos e dois professores com nível de doutorado. O período de observação totalizou quarenta e seis horas. A análise destes dados foi realizada por três destes pesquisadores, que definiram previamente três categorias, a saber: os recursos do território, as potencialidades, e as fragilidades. Esta análise permitiu traçar um panorama do território de atuação dos ACSs e foi utilizado como base para a condução dos dois grupos focais, realizados posteriormente.

Os grupos focais tiveram duração aproximada de uma hora e as questões norteadoras foram: "quais as situações de saúde mental mais frequentes e quais os recursos do território para oferecer cuidados a estas situações?" Para a introdução de tais questões foi apresentado o panorama traçado previamente a partir das observações realizadas

no território. Cada grupo foi mediado por duas coordenadoras e contou com duas observadoras previamente treinadas para a operacionalização da técnica do grupo focal. Os 17 ACSs foram divididos em dois grupos, um com oito participantes e outro com nove.

Os grupos foram áudio gravados e, posteriormente, transcritos e lidos com o objetivo de conhecer, de maneira ampla, seu conteúdo. Em seguida, foram realizadas releituras para identificar grupos de temas centrais baseados na questão proposta pelo estudo. Finalmente, foi realizada a categorização dos dados, destacando os itens temáticos e agrupando as convergências.

O referencial teórico-metodológico utilizado para a análise foram as concepções da Teoria Estruturalista, baseada em Piaget e Levis-Strauss,¹⁹⁻²⁰ entendendo que toda estrutura é formada por elementos que estão subordinados a determinadas "leis" de composição que caracterizam o sistema e conferem propriedades de conjunto diferente das propriedades de cada elemento.

Esse referencial pressupõe a relevância das relações entre os elementos que compõem a estrutura. Assim, no presente estudo, adotou-se uma análise das sincronias das informações fornecidas, ou seja, das relações existentes entre os elementos subjacentes às falas dos sujeitos e às estruturas temáticas que tais elementos compõem.²¹⁻²³

O processo de interpretação e análise dos dados seguiu o protocolo mínimo de pesquisa de caráter estruturalista,²¹ a saber: determinou-se as práticas de saúde no território adscrito pelas Unidades de Saúde da Família como campo observacional, a partir do qual foram destacados os elementos relacionados ao objeto do estudo contidos na fala dos ACSs.

Nesta etapa, cada um dos pesquisadores envolvidos realizou leituras sucessivas dos dados transcritos, destacando os tópicos e temas que se repetiam e suas respectivas interpretações, considerando o conteúdo total das transcrições. Após essas leituras individuais, os pesquisadores se reuniram a fim de analisar as convergências e divergências e sistematizar os elementos identificados. A partir destes elementos, buscou-se identificar um grupo de relações entre eles e elaboraram-se as estruturas temáticas. Enumeraram-se, então, três estruturas temáticas: situações de saúde mental mais frequentes, pontos fortes, fragilidades e dificuldades (Figura 1). A próxima

etapa da análise consistiu na elaboração de um modelo consciente que explicitasse a organização dos dados, visando sua interpretação. Desta forma, elaboraram-se quadros ilustrando as falas dos ACSs referentes a cada estrutura temática e seus respectivos elementos. Procedeu-se a análise intuitiva para interpretação dos resultados a partir da construção de explicações com base na literatura científica pertinente.

A análise intuitiva, na perspectiva estruturalista, pressupõe a descoberta de uma estrutura subjacente às informações fornecidas pelo sujeito. Esta estrutura se evidencia a partir da discussão e interpretação do conteúdo das falas, considerando o campo observacional adotado, isto é, contextualização do material linguístico fornecido à realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa.²¹⁻²³

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob o protocolo CSE-FMRP-USP 426/2010 e foram seguidos os aspectos previstos pela Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, sobre a

pesquisa envolvendo seres humanos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos, após aceitarem a participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram dos grupos focais 17 ACSs, sendo 14 do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade mínima de 28 anos e máxima de 58 anos. Do total de sujeitos, 15 se declararam de cor branca e dois, de cor parda. Quanto à escolaridade, um possuía ensino fundamental completo, 13 ensino médio, um com nível técnico e três com nível superior. Treze eram casados, dois em união estável, um divorciado e um não forneceu esta informação.

Seguindo os pressupostos teóricos, as estruturas temáticas foram obtidas a partir da sincronia entre os elementos constituintes das falas dos ACSs, conforme a figura 1. Em cada estrutura temática estão apresentados os respectivos elementos/resultados encontrados.

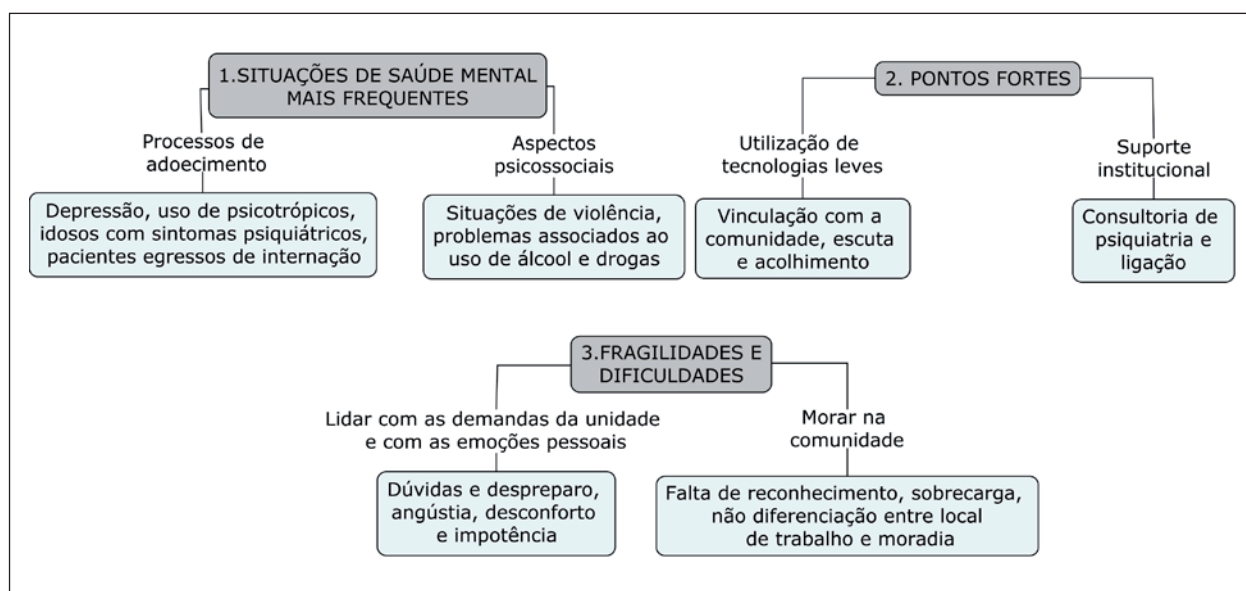


Figura 1 - A articulação entre as estruturas temáticas, os elementos e os resultados. Ribeirão Preto-SP, 2011

No quadro 1 são apresentadas algumas falas do grupo focal, correspondentes aos elementos de cada estrutura temática. Conforme pode ser

observado, os elementos foram concebidos pelos pesquisadores como as partes que interligam uma ideia a outra no conteúdo da fala dos sujeitos.

Quadro 1 - Estruturas temáticas e respectivas falas ilustrando os elementos elencados. Ribeirão Preto-SP, 2011

Estrutura temática 1 Situações de saúde mental mais frequentes	<p>Elemento 1.1 - Processos de adoecimento</p> <p><i>É a maioria, quase a população inteira com esse negócio de depressão.</i></p> <p><i>Muita gente tomando sibutramina, fluoxetina. Quase todas as visitas que você faz tem alguém da família tomando isso.</i></p> <p><i>É idoso, com problema mental [...] é um idoso demenciado que fica em casa o dia todo sozinho.</i></p> <p><i>Um paciente que voltou após a internação [psiquiátrica] [...] a pessoa foi internada, saiu bem e continuou fazendo seguimento na unidade.</i></p>
	<p>Elemento 1.2 - Aspectos psicossociais</p> <p><i>Na minha área tem muita violência, já me deparei com muita. É uma área muito complexa, é favela, tem prostituição, tem droga, tem roubo, pedofilia, abuso sexual.</i></p> <p><i>Eu acho que álcool e droga têm bastante. Muito alcoolista [...] temos familiares com estes problemas [de álcool e drogas] e, até hoje, não conseguiram sair dessa.</i></p>
Estrutura temática 2 Pontos fortes	<p>Elemento 2.1 - Utilização de tecnologias leves</p> <p><i>O ACS vai à casa, ele tem um vínculo muito mais forte do que o profissional lá na unidade de saúde. A gente os conhece, mas eles conhecem a gente também.</i></p> <p><i>A gente acaba escutando, acaba sendo uma fonte bem importante pra essa pessoa. Tem gente que só de conversar se sente melhor. Eu sei que eu ajudo só de escutar, proporcionar esse momento de escuta.</i></p> <p><i>Os pacientes são acolhidos. O pessoal da saúde mental é tudo pra eles porque eles são acolhidos, atendidos.</i></p>
	<p>Elemento 2.2 - Suporte institucional</p> <p><i>Alguns pacientes são atendidos pela consultoria. Essa articulação entre a saúde mental e a saúde básica é feita nas consultorias. Como a gente tem a consultoria da psiquiatria, a maioria dos casos é tratada aqui mesmo na atenção primária.</i></p> <p><i>Por conta dessas consultorias que a gente tem há quase dez anos, o médico generalista está bem capacitado para atender os casos leves [de saúde mental].</i></p>
Estrutura temática 3 Fragilidades e dificuldades	<p>Elemento 3.1 - Lidar com a demanda e com as emoções pessoais</p> <p><i>Muitas vezes o paciente está em crise e a gente não sabe o que fazer com aquela situação. Você fica de mãos atadas [...] porque você não tem para onde mandar essa pessoa.</i></p> <p><i>Nós saímos da discussão de família, aí a gente acaba levando isso para casa. É uma situação muito ruim. Nós, além de não termos formação, não temos condições de pagar uma psicoterapia.</i></p>
	<p>Elemento 3.2 - Morar na comunidade</p> <p><i>Como nós moramos na área, são 24h. O engraçado é que os nossos casos não terminam. O médico vai embora, a enfermeira vai embora. Mas nós não [...] nós vamos para as nossas casas, e o pessoal vai lá bater na nossa porta meia-noite.</i></p> <p><i>Aí eu estou na padaria e não é meu horário de trabalho, mas você fica meio constrangida de falar: 'agora eu não posso te escutar'. Por mais que você queira barrar ou mudar isso, é complicado.</i></p>

DISCUSSÃO

Frente ao questionamento acerca da percepção dos ACSs sobre as demandas de saúde mental dentro do campo observacional adotado (práticas de saúde no território adscrito pelas Unidades de Saúde da Família), os resultados apresentados apontaram os seguintes elementos: processos de adoecimento, aspectos psicossociais, utilização de tecnologias leves, suporte institucional, demandas e emoções pessoais e dificuldades por morar na mesma comunidade que trabalham.

Assim, as relações que interligam esses elementos foram discutidas com base nas atuais políticas de saúde mental e em estudos sobre reabilitação psicossocial e saúde mental na atenção primária à saúde.

Situações de saúde mental mais frequentes

Nos últimos anos, as equipes lidam cotidianamente com demandas de saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, a maior parte das equipes de saúde da família (56%) refere realizar algum cuidado a esta demanda,¹⁴ destacando a necessidade de inserção dos cuidados de saúde mental no âmbito da APS.²⁴

Coerente com estes dados, no presente estudo, a demanda de saúde mental nas Unidades de Saúde da Família foi vista pelos ACSs como complexa, diversificada e com aumento considerável nos últimos anos. A maioria dos ACSs conseguiu identificar demandas de saúde mental, demonstrando sensibilidade com o tema e coerência com a perspectiva do cuidado integral.²⁵

Os resultados corroboraram com a literatura científica que descreve que as demandas de saúde mental frequentes na atenção primária são: uso ou abuso de substâncias (álcool, tabaco, psicotrópicos e substâncias ilícitas); transtornos mentais; egressos de hospitais psiquiátricos; e situações decorrentes da violência e da exclusão social. Entende-se que a identificação e o acompanhamento

dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção primária desenvolvem, são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental.^{14,26}

Além dessas demandas que foram comuns em outros estudos, nesta pesquisa também se apontou os idosos com demanda de saúde mental. O envelhecimento da população culmina em diferentes necessidades de saúde e, dentre elas, possíveis situações de sofrimento psíquico ou transtornos mentais.²⁷ Essa população já faz parte da rotina de atendimento de serviços gerais de saúde, portanto é importante que os diferentes profissionais estejam preparados para identificar e conduzir de forma adequada as diferentes necessidades de saúde desses indivíduos, incluindo os cuidados relacionados à saúde mental.

Pontos fortes

Segundo o relato dos ACSs, um dos pontos fortes no atendimento à demanda em saúde mental foi a utilização das “tecnologias leves” como estabelecimento de vínculo com a comunidade, escuta e acolhimento. As “tecnologias leves” dizem respeito às relações estabelecidas no intuito de proporcionar a escuta, aceitação, responsabilização e vínculo no cuidado à saúde.²⁸

Os ACSs reconheceram que a escuta e o convívio possibilitavam a eles maior estreitamento do vínculo com a comunidade, quando em comparação com outros profissionais de saúde atuantes na área. Assim, os ACSs tem se reafirmado como atores importantes para a realização de trocas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos, em razão da posição que ocupam: a de mediadores entre a comunidade e os demais profissionais de saúde.²⁹

A consultoria de psiquiatria e a ligação foram também apontadas como pontos fortes. Tal consultoria oferece retaguarda especializada às equipes básicas e potencializa a aproximação entre a equipe e os usuários.¹⁴ A consultoria é a presença de um especialista em psiquiatria na unidade ou serviço geral para auxiliar no cuidado especializado, já o termo ligação diz respeito a uma vinculação mais estreita entre o especialista e a equipe de modo que compartilham discussões e cuidados.³⁰ Segundo os ACSs, esta retaguarda propiciava o acompanhamento de alguns casos na comunidade e ampliava a capacidade de atendimento da ESF.

Fragilidades e dificuldades

Segundo os ACSs, a identificação da demanda não era vista como uma dificuldade, mas lidar com ela e articular as ações intersetoriais eram os grandes desafios. Esses profissionais enfrentavam situações de despreparo, desconforto, sentimento de impotência e dúvidas sobre como efetivar os cuidados de saúde mental, corroborando com estudo anterior.³¹

Os entrevistados ainda apontaram que viver no mesmo território que os usuários apresentava vantagens e desvantagens; o forte vínculo os colocava numa posição de referência, porém não permitia o distanciamento necessário para manter sua privacidade. Este resultado corrobora com os achados de um estudo semelhante desenvolvido com ACSs, que destacou que o fato de morar e trabalhar no mesmo bairro, ao mesmo tempo que promovia o estreitamento de várias relações favorecendo o vínculo, também comprometia a vida privada destes trabalhadores, pois a vida social acontecia no mesmo espaço e tudo o que faziam tornava-se conhecimento de todos.³²

Os ACSs referiram despreparo e falta de capacitação para o cuidado em saúde mental. A capacitação permanente das equipes consiste numa estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica e é fundamental que essas capacitações se desenvolvam num trabalho continuado.²⁴ Partindo dessa premissa, é necessário incluir os ACSs nessas capacitações, visto sua extrema importância na equipe de atenção básica.

Eles ainda expressaram necessidade de suporte devido ao desgaste emocional do cotidiano de trabalho. Entende-se que vida e trabalho são indissociáveis, logo, da mesma forma que o trabalho pode afetar a vida dos ACSs, o modo de gerir suas vidas pode afetar suas práticas de trabalho. As inúmeras situações vivenciadas pelos ACSs no âmbito do território, a forma de vida dos usuários e as diversidades sociais, podem repercutir nas práticas de cuidado, acolhimento e responsabilização pela demanda.³² Assim, acredita-se que criar espaços de escuta poderá auxiliar na manutenção da saúde mental dos ACSs.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos, considera-se que os ACSs participantes deste estudo apresentavam habilidades para identificar a demanda de saúde mental e os recursos oferecidos pelo território. As demandas de saúde mental eram

entendidas pela maioria dos ACSs como situações complexas e diversas, tais como uso de drogas, casos de violência e sofrimento psíquico, que requerem ações intersetoriais e não apenas dos serviços de saúde.

Os ACSs também conseguiram apontar alguns dispositivos de apoio, os pontos fortes e as dificuldades no processo de atenção à saúde mental, mas destacaram a necessidade de maior suporte, como educação continuada e apoio psicológico.

A incorporação das ações de saúde mental na atenção primária à saúde mostra-se como uma discussão importante e atual no campo assistencial e de pesquisa, pois diz respeito à articulação de saberes e práticas entre diferentes setores e atores envolvidos neste processo.

A principal contribuição deste estudo é apontar que a percepção dos ACSs, em relação à identificação das necessidades de saúde mental, partia de uma perspectiva ampliada de saúde, pressupondo atuação intersetorial: identificaram situações sociais e de violência como demandas de saúde mental e apontaram diferentes recursos como possibilidade de cuidados, por exemplo. Além disso, este estudo mostra que, mesmo referindo dificuldades, estes profissionais conseguiam desenvolver ações calcadas em tecnologias leves e não necessariamente centradas nas doenças. Estes aspectos reforçam a potência da figura dos ACSs enquanto importante elo entre o serviço de saúde e comunidade e como ator de práticas de saúde mental.

Vale ressaltar que embora os ACSs sejam importantes aliados para identificação das situações de vulnerabilidade na comunidade para o processo de adoecimento mental, faz-se necessário atentar-se para as condições de saúde mental desse trabalhador, cujo cotidiano é descrito neste estudo como imbuído por dificuldades emocionais e sofrimentos decorrentes dos desafios de lidar com estas demandas no âmbito comunitário.

REFERÊNCIAS

1. Verhaak PF, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draisma S, Van Balkom TJ, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009; 31(1):46-55.
2. Ford JD, Trestman RL, Tennen H, Allen S. Relationship of anxiety, depression and alcohol use disorders to persistent high utilization and potentially problem under-utilization of primary medical care. *Soc Sci Med*. 2005 Oct; 61(7):1618-25.
3. Lin JMS, Brimmer DJ, Boneva RS, Jones JF, Reeves WC. Barriers to health care utilization in fatiguing illness: a population-based study in Georgia. *BMC Health Serv Res*. 2009 Jan 20; 9:13.
4. Cunningham PD, Connor PD, Manning JS, Stegbauer CC, Mynatt SL. Evaluation of mood disorder patients in a primary care practice: measures of affective temperament, mental health risk factors, and functional health in a retrospective, descriptive study of 35 patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; 11(2):68-73.
5. Walters P, Tylee A. Mood disorders in primary care. *Psychiatry*. 2006; 5(4):138-41.
6. Nguí AN, Vanasse A. Assessing spatial accessibility to mental health facilities in a urban environment. *Spat Spatiotemporal Epidemiol*. 2012 Sep; 3(3):195-203.
7. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007 Sep 8; 370(9590):878-89.
8. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011 Oct 29; 378(9802):1592-603.
9. Gonçalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre-and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 May-Jun; 35(3):304-8.
10. Saunders K, Brain S, Ebmeier KP. Diagnosing and managing psychosis in primary care. *Practitioner*. 2011 May; 255(1740):17-20.
11. Thielke S, Vannoy S, Unützer J. Integrating mental health and primary care. *Prim Care*. 2007 Sep; 34(3):571-92.
12. Yeung A, Kung WW, Chung H, Rubenstein G, Roffi P, Mischoulon D, et al. Integrating psychiatry and primary care improves acceptability to mental health services among Chinese Americans. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jul-Aug; 26(4):256-60.
13. Dundon M, Dollar KM, Schon M, Lantinga LJ. Primary care-mental health integration collocated, collaborative care: an operations manual. [Internet]. Washington (DC): Center for Integrated Healthcare; 2011 [acesso 2013 jan 21]. Disponível em: http://www.mentalhealth.va.gov/coe/cih-visit2/Documents/Clinical/Operations_Policies_Procedures/MH-IPC_CCC_Operations_Manual_Version_2_1.pdf
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília (DF): MS; 2007.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF): MS; 2009.

16. Malfitano APS. *Atrás da porta que se abre: demandas sociais e o Programa de Saúde da Família*. 2ª ed. Holambra (SP): Setembro; 2007.
17. Brasil. Lei n. 11.350 de 05 de Outubro de 2006: dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 09 Jun 2006.
18. Barros DF, Barbieri AR, Ivo ML, Silva MG. O contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010. 19(1):78-84.
19. Piaget J. *O estruturalismo*. São Paulo (SP): Difel; 1979. 128p.
20. Lévi-Strauss, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1970. 300p.
21. Thiry-Cherques HR. *Métodos estruturalistas: pesquisa em ciências da gestão*. São Paulo (SP): Editora Atlas, 2008.
22. Lepargneur H. *Introdução aos estruturalismos*. São Paulo (SP): Editora Herder, 1972.
23. Lepschy GC. *A linguística estrutural*. São Paulo (SP): Editora Perspectiva, 1975.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de atenção à saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília (DF): MS; 2003.
25. Harada OL, Soares MH. The perception of the Community Health Agent to identify depression. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [online]. 2010[acesso em 2009 jun 22]; 6(2):315-336. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n2/6.pdf>
26. McCrae N, Banerjee S. The challenge of evaluating mental health services for older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Jun; 26(6):551-7.
27. Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Aranha e Silva AL, Vargas D, Oliveira MAF, et al. Work in primary health care: a comprehensive mental healthcare. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2009 [acesso 2012 Set 20]; 43(spe2):1256-1260. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600019&lng=en
28. Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz [online]. 2009. [acesso 2012 Set 20]; Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>
29. Ferreira VSCF, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Community Health Agents' work process and restructuring. *Cad Saúde Pública* [online]. 2009 [acesso 2012 Set 20]; 25(4):898-906. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/21.pdf>
30. Grover S. State of Consultation-Liaison Psychiatry in India: current status and vision for future. *Indian J Psychiatry* [online]. 2011 [acesso 2014 Jan 15]; 53(3):202-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221175/?report=classic>
31. Chiaverini DH, organizador. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília (DF)--+-: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
32. Jardim TA, Lancman S. Subjective aspects of living and working with in the same community: the realities experienced by community health care agents. *Interface (Botucatu)*. [online]. 2009 [acesso 2012 Set 20]; 13(28):123-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011