



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Celina Ragoni de Moraes Correia

**“Para além do Mental Health Gap: Um olhar ampliado sobre
as lacunas locais de cuidado em saúde mental na atenção primária”**

Rio de Janeiro

2021

Celina Ragoni de Moraes Correia

“Para além do Mental Health Gap: Um olhar ampliado sobre as lacunas locais de cuidado em saúde mental na atenção primária”

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Ortega

Coorientadora: Profa. Dra. Sandra Fortes

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C824	Correia, Celina Ragoni de Moraes “Para além do Mental Health Gap: Um olhar ampliado sobre as lacunas locais de cuidado em saúde mental na atenção primária” / Celina Ragoni de Moraes Correia. – 2021. 133 f. Orientador: Francisco Ortega Coorientador: Sandra Fortes Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. 1. Saúde Mental. 2. Transtornos Mentais. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Integralidade em Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. I. Ortega, Francisco. II. Fortes, Sandra. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título. CDU 616.89
------	--

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Celina Ragoni de Moraes Correia

“Para além do Mental Health Gap: Um olhar ampliado sobre as lacunas locais de cuidado em saúde mental na atenção primária”

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas em Saúde.

Aprovada em 6 de dezembro de 2021.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Ortega
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Coorientadora: Profa. Dra. Sandra Fortes
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof.^a Dra. Claudia de Souza Lopes
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Tavares Cavalcanti
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

À todas as mulheres do mundo,
e àquela que habita cada um de nós.

AGRADECIMENTOS

Ao Francisco Ortega, pela paciência e motivação ao longo de todo este caminho e à Sandra Fortes, pela parceria antiga e forte.

Aos membros da banca, por aceitarem o convite e por serem referências, na vida acadêmica e para além dela.

Aos colegas do IMS, por representarem uma rede de apoio social tão forte, mesmo em tempos pandêmicos, sem a qual eu não teria conseguido seguir. Um agradecimento especial a Manuela Müller, para quem não tenho sequer palavras, só o choro emocionado.

Aos professores, alunos, ex-alunos e profissionais do Instituto de Medicina Social, por existirem e resistir. Aos meus colegas do SUS e seus usuários, por mantê-lo vivo.

Ao grupo de trabalho GT Mães Cientistas UERJ, por todo o trabalho e conquista neste período de pandemia e ao IMS pelo apoio às mães, que fez toda diferença, no campo simbólico e concreto.

À minha mãe, cientista, que compartilha uma estante cheia de livros e uma vida repleta de filhos e netos.

Ao meu pai, engenheiro e atleta, que me transmitiu o espírito de luta mesmo fora do tatame e a importância de lutar por aqueles que não tem, por razões diversas, condições iguais de luta.

Ao meu padrinho, sociólogo que, em seu saco de surpresas, me apresentou às ciências humanas, a Caetano Veloso, à biografia da Nise da Silveira e à generosidade humana.

Às minhas irmãs Helena e Izabel, minhas “Marias” onde quer que estejam e diante de qualquer altar.

Aos meus afilhados e sobrinhos, por alegrarem a minha vida. À Joana e Rodrigo, por me darem sentido, força e rumo.

Ao Markus, por ser madeira de lei em tempos de gravetos. Pelo expresso 222 repleto de frutos.

À Fernanda e Cinthia, que cuidam dos meus como se fossem seus.

Toda vez que uma mulher se defende, sem nem perceber que isso é possível, sem qualquer pretensão, ela defende todas as mulheres.

Maya Angelou

RESUMO

CORREIA, Celina Ragoni de Moraes. “**Para além do Mental Health Gap**: Um olhar ampliado sobre as lacunas locais de cuidado em saúde mental na atenção primária”. 2021. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introdução: A saúde mental global tem como objetivo ampliar o acesso ao cuidado aos transtornos mentais em termos globais, tendo no “Mental Health Gap” um dos seus argumentos primários e na integração da saúde mental na atenção primária sua principal estratégia. A ampliação do acesso e a qualificação do cuidado em saúde mental aos Transtornos Mentais Comuns no contexto local é fundamental para a redução efetiva da lacuna global de cuidado em saúde mental. **Objetivos:** A presente pesquisa explora do ponto de vista quantitativo e qualitativo as lacunas locais no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns. **Métodos:** Em sua dimensão quantitativa, a tese retoma parte dos resultados apresentados na dissertação de mestrado em epidemiologia, apresentando, no formato de artigo, a lacuna de tratamento farmacológico dos Transtornos Mentais Comuns em unidades de atenção primária. Em sua dimensão qualitativa, investiga a complexidade das lacunas que envolvem o cuidado desta clientela através de uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde mental. O braço qualitativo divide-se em duas partes. A primeira, no formato de artigo, apresenta uma meta-síntese de estudos qualitativos sobre as práticas de saúde mental na atenção primária, abarcando a percepção das lacunas de cuidado pelos profissionais de saúde e pelos próprios usuários dos serviços, tal como das principais barreiras locais ao cuidado adequado em saúde mental neste cenário, para investigar a qualidade do cuidado do ponto de vista ampliado. A segunda, no formato de relato autoetnográfico, aprofunda a investigação no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns, apresentando a percepção da pesquisadora, enquanto profissional de saúde mental atuando há dez anos na interface com a atenção básica, das lacunas de tratamento em saúde mental. A pesquisa como um todo desenvolve um diálogo constante com literatura em Saúde Mental Global e com o conceito “Mental Health Gap”, apresentando uma reflexão entre o global e o local. **Resultados** Os resultados dimensão quantitativa apontam para importante magnitude da lacuna de tratamento dos Transtornos Mentais Comuns no contexto da atenção primária, com menos de 20% das usuárias de unidades de saúde da família com Transtorno Mental Comum de intensidade grave (TMC-G) em tratamento farmacológico. O perfil heterogêneo na distribuição do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre as unidades de saúde da família de diferentes cidades sugere diferenças na qualidade do cuidado aos Transtornos Mentais Comuns em diferentes regiões brasileira. Os resultados da dimensão qualitativa apontam para as lacunas no cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária para além do tratamento farmacológico, revelando lacunas importantes no que tange a integralidade, a interdisciplinaridade e a longitudinalidade do cuidado, fundamentais para a construção do cuidado ampliado em saúde mental. Os estudos revelam o predomínio de práticas de cuidado ainda centradas no modelo biomédico, nos atendimentos individuais e nas intervenções farmacológicas, distanciadas de suas raízes psicossociais. Fatores contextuais locais, como a sobrecarga dos profissionais de saúde, condições precárias de trabalho e a alta rotatividade profissional, comprometem a longitudinalidade do cuidado, dificultando o desenvolvimento de intervenções psicossociais e precarizando o vínculo com os usuários. A pressão crescente pelo atendimento à demanda espontânea aproxima o processo de trabalho das unidades das estratégias de saúde da família de um modelo de atendimento voltado para as urgências, favorecendo a fragmentação e precarização do cuidado. Adversidade social e estigma destacaram-se entre as barreiras ao cuidado longitudinal. **Conclusão:** Os trabalhos apontam para a magnitude e complexidade da lacuna de cuidados em saúde mental no contexto da atenção primária, revelando a importância dos fatores locais para a efetivação de estratégias da globais para a redução da lacuna de cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental global; Lacunas de cuidado; Transtorno mentais comuns.

ABSTRACT

CORREIA, Celina Ragoni de Moraes. “**Beyond the Mental Health Gap**: An expanded look at local gaps in mental health care in primary care”. 2021. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introduction: One of the main goals of the Global Mental Health Movement is the expansion of access to mental health care in the world, with the “Mental Health Gap” concept as one of its main arguments. The integration of mental health and primary health care represents one of the main strategies for expanding access to mental health care. The effective reduction of the “treatment gap”, globally, initially relies on comprehension of local gaps regarding mental health care in primary care. This research scrutinize, from a quantitative and qualitative perspectives, the local gaps in the care of Common Mental Disorders in Brazilian Primary Care. **Methods** In its quantitative dimension, it resumes part of the quantitative results presented in the master's degree on epidemiology, presenting, in the form of an article, the gap in pharmacological treatment of Common Mental Disorders in primary care units. In its qualitative aspect, it investigates gaps that involve treatment of Common Mental Disorders in this context through an expanded perspective of mental health care. The qualitative aspect is presented in two chapters. The first, in the form of an article, presents a meta-synthesis of qualitative studies on mental health practices in primary care, encompassing the perception and experience of care gaps by health professionals and service users, as well as main barriers to adequate mental health care. The second, in the autoethnography format, presents the researcher's experience from mental health gap as a mental health professional working for ten years in the interface with primary care. **Results** The results of the quantitative dimension, point to the important magnitude of the gap in pharmacological treatment of Common Mental Disorders, since less than 20% of users of family health units with severe common mental disorder (CMD-G) were found. in use of psychotropic drugs. The predominance of the exclusive use of benzodiazepines in family health units in Rio de Janeiro, Fortaleza and Petrópolis, in contrast to results from Porto Alegre and São Paulos suggest heterogeneous patterns of treatment quality between those units. The results of the qualitative dimension point to gaps in mental health care in the context of primary care beyond pharmacological treatment. It reveals important gaps involving comprehensiveness, interdisciplinarity and longitudinality of care. The overload of primary care professionals, with precarious working conditions and the high turnover of health professionals compromise the longitudinality of care, hindering the development of psychosocial interventions and compromising development of a healthy bond between users and health professionals. Social adversity and stigma were perceived as important barriers to longitudinal care in the local context, dialoguing with importante Global Mental Health publications. **Conclusion** The research point to important gaps regarding mental health care in primary care. Contextual factors may, compromise the acceptance of mental health demands, favoring the precariousness and fragmentation of mental health care in this scenario. The expansion of mental health care in primary care must be accompanied by strategies for qualifying care in this context

Keywords: Global mental health; Mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1-	Características socioeconômicas e demográficas da população de estudo, segundo cidade.....	46
Tabela 2-	Frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na população de estudo, segundo cidade.....	47
Tabela 3-	Frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na população de estudo, segundo a presença de TMC e sua intensidade....	48
Quadro 1-	Construção da base de dados original (Artigo 2)	65
Quadro 2-	Construção de base de dados para a pesquisa atual (Artigo 2)	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATD	Antidepressivos
BZD	Benzodiazepínicos
APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Área Programática
CMS	Centro Municipal de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHQ	General Health Questionnaire
IMS	Instituto de Medicina Social
LIMIC	Low and Middle Income Countries
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SMG	Saúde Mental Global
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMCiG	Transtornos Mentais Comuns de Intensidade Grave
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	14
1.1	O Movimento da Saúde Mental Global.....	15
1.2	Sobre a lacuna de tratamento em saúde mental ou “mental health gap”	17
1.2.1	<u>“Mental Health Gap”: Um olhar quantitativo.....</u>	18
1.2.2	<u>“Mental Health Gap”: Um olhar qualitativo.....</u>	19
1.3	A saúde mental na atenção primária.....	21
1.4	O cuidado colaborativo e o matriciamento em saúde mental.....	22
1.5	O Projeto Terapêutico Singular.....	24
1.6	O trabalho em rede.....	24
1.6.1	<u>Redes de Atenção à Saúde.....</u>	24
1.6.2	<u>A rede comunitária de cuidados.....</u>	25
1.6.3	<u>A Rede de Atenção Psicossocial.....</u>	26
1.6.4	<u>A rede intersetorial de cuidados.....</u>	27
1.7	Os Transtornos Mentais Comuns.....	27
2	A QUESTÃO DE PESQUISA.....	30
3	JUSTIFICATIVA.....	32
4	OBJETIVOS.....	33
4.1	Objetivo geral.....	33
4.2	Objetivos específicos.....	33
5	METODOLOGIA.....	34
6	RESULTADOS / DISCUSSÃO.....	37
6.1	ARTIGO 1: “A lacuna de tratamento dos Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde: Um alerta global a partir de dados locais”	37
6.2	ARTIGO 2 “Um olhar qualitativo sobre a qualidade do cuidado aos Transtornos Mentais Comuns em unidades de saúde da família”	58

6.3	ARTIGO 3 “A vivência de uma profissional de saúde mental das lacunas de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns: uma autoetnografia reflexiva”	97
6.3.1	<u>Metodologia.....</u>	98
6.3.2	<u>O Relato Autobiográfico.....</u>	103
6.4	O grupo de Transtornos Mentais Comuns na Policlínica Piquet Carneiro.....	116
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS.....	129

INTRODUÇÃO

A presente tese tem como foco o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns no contexto da atenção primária à saúde brasileira, dando continuidade e aprofundando os resultados da dissertação de mestrado em saúde coletiva, na área de epidemiologia, intitulada “Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial”, defendida no Instituto de Medicina Social em 2013, com a orientação da Professora Dra. Claudia de Souza Lopes e da Professora Dra. Sandra Fortes.

Durante a defesa desta dissertação, fui apresentada, pelo professor doutor Paulo Menezes Rossi, um dos membros da banca, à histórica série do Lancet (Lancet, 2007), uma das principais produções na construção do campo da Saúde Mental Global, linha de pesquisa em que este projeto de pesquisa se insere. Esta série de artigos, como apresentaremos posteriormente, apresenta um conjunto de dados epidemiológicos apontando para a “lacuna” de tratamento envolvendo os transtornos mentais comuns em uma perspectiva global, mais expressiva em países de desenvolvimento, revelando a carga associada ao não tratamento dos transtornos mentais e a importância de ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental em diferentes contextos. (Lancet, 2007)

A ponte apontada pelo Professor Paulo Menezes entre a série de artigos do Lancet (2007) e parte dos resultados da dissertação de mestrado de 2013, as quais revelavam o subdiagnóstico/subtratamento dos transtornos mentais comuns no contexto da atenção primária brasileira, foi fundamental para a construção do meu projeto de pesquisa no doutorado no campo da Saúde Mental Global. Esta “ponte” se traduz no conceito de “lacuna” de tratamento ou “Mental Health Gap”, um dos principais argumentos da Saúde Mental Global para a expansão do tratamento aos transtornos mentais comuns em países em desenvolvimento e um dos principais alvos de críticas ao Movimento de Saúde Mental Global, os quais serão explorados neste trabalho.

A relação entre o global e o local, por sua vez, é uma das principais bases para o desenvolvimento da pesquisa antropológica no campo da saúde mental global. Ao mesmo tempo em que os resultados epidemiológicos em saúde mental global ressaltam a magnitude dos problemas de saúde mental ao redor do mundo e apontam para a necessidade de ampliar os serviços para o cuidado em saúde mental, pesquisas etnográficas descortinam as complexidades locais que devem ser consideradas para que o cuidado em saúde mental seja efetivo em diferentes contextos econômicos e culturais.

No presente trabalho, o conceito “lacuna de tratamento” serve como ponte teórica entre os resultados da dissertação de mestrado e a literatura em saúde mental global, tal como para reflexão entre o “global” e o “local” dos resultados desta tese de doutorado. Além disso, ele é escolhido não só como ponto de partida para descrever o percurso teórico desta pesquisa, como também para apresentar a trajetória profissional da pesquisadora no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns.

A utilização do termo “tratamento” na primeira parte da tese e do termo “cuidado” na segunda parte não é por acaso, refletindo o percurso teórico da pesquisadora ao longo de sua pós-graduação em Saúde Coletiva e na produção deste trabalho, tal como sua experiência assistencial como psiquiatra atuante na atenção primária à saúde, como veremos nos capítulos que se seguem.

A primeira parte desta tese (seção 1) realiza uma revisão teórico-conceitual dos principais temas e conceitos trabalhados nesta pesquisa. Primeiramente, apresentamos o campo da Saúde Mental Global, o conceito da lacuna de tratamento ou “Mental Health Gap”, seguidas da apresentação do campo da saúde mental na atenção primária e do cuidado aos Transtornos Mentais comuns neste contexto. Em seguidas são apresentadas a questão de pesquisa (seção 2), a justificativa (seção 3), os objetivos (seção 4), a metodologia (seção 5). Os resultados são apresentados em formato de artigos (seções 6.1; 6.2; 6.3), sendo a seção 6.1 correspondente ao Artigo 1, apresentando os resultados quantitativos da pesquisa, correspondente ao objetivo específico 4.1. A seção 6.2 a corresponde ao Artigo 2, apresentando parte dos resultados qualitativos da pesquisa, correspondente ao objetivo específico 4.2. A seção 6.3, por sua vez, apresenta o relato autoetnográfico da pesquisadora. Na seção 7 apresentamos as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas.

1 REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

Esta primeira seção tem como objetivo contextualizar o leitor dentro do campo da Saúde Mental Global, linha de pesquisa em que esta tese está inserida, apresentando as principais publicações para a consolidação do Movimento de Saúde Mental Global, as principais críticas ao movimento e sobretudo a importância do cuidado em saúde mental na atenção primária para a efetivação dos principal objetivo deste movimento: reduzir a lacuna de tratamento de indivíduos com transtornos mentais. Da mesma forma, a revisão teórico-conceitual nos permite contextualizar a questão de pesquisa dentro do campo da Saúde Mental Global. As referências em Saúde Mental Global, entretanto, não se esgotam nesta primeira parte da tese, sendo novas referências apontadas ao longo dos demais capítulos a partir do diálogo constante do trabalho com o campo da saúde mental global.

Em seguida, apresentamos o conceito “mental health gap” ou “lacuna de tratamento em saúde mental” que será explorado em duas etapas. A primeira propõe uma investigação quantitativa deste conceito, apresentado os principais resultados de estudos epidemiológicos nacionais e internacionais sobre a lacuna de tratamento em saúde mental. Na segunda etapa, apresentaremos uma investigação qualitativa do “Mental Health Gap”, reunindo pesquisas antropológicas que abarcam este conceito e as principais críticas ao mesmo. Estas referências, por sua vez, serão retomadas na seção de resultados, a qual apresentam, no formato de artigos.

Posteriormente, iremos apresentar o conceito de Transtornos Mentais Comuns, recorte através do qual se investiga o cuidado em saúde mental na atenção primária, seguidos da exploração do campo da saúde mental na atenção primária, principal aposta do Movimento de Saúde Mental Global para a ampliação de acesso ao cuidado em saúde mental. Apresenta-se então o conceito de *collaborative care*, modelo de integração da saúde mental na atenção primária, representado no Brasil pelo matriciamento em saúde mental, abordado em seguida. Posteriormente serão apresentados os Núcleos de Saúde de Família, de sua importância no apoio a qualificação do cuidado em saúde mental na atenção básica e o projeto terapêutico singular, além das redes de atenção à saúde, essenciais para a construção de formas ampliadas de cuidado em saúde mental. Esta fundamentação teórica, por sua vez, orienta a investigação do cuidado aos TMC no contexto local.

1.1 O Movimento da Saúde Mental Global

Um marco importante para o desenvolvimento do campo da saúde mental global é a publicação do World Development Report, de 1993, fruto de uma parceria entre a OMS e o Banco Mundial, com dados sobre a carga global de doença atribuída à saúde mental. Destaca-se, neste contexto, a criação da medida “Disability adjustment life years” (DALY) (anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade). Esta medida representa uma grande evolução em relação aos dados epidemiológicos anteriores, baseados essencialmente em medidas de mortalidade, permitindo melhor quantificação dos prejuízos sociais e econômicos associados aos transtornos mentais. A padronização dos critérios diagnósticos para transtornos mentais, por sua vez, favoreceu a comparação de dados de várias nações, revelando estimativas de prevalência global de transtornos mentais muito superiores às aquelas conhecidas anteriormente (BECKER; KLEINMAN, 2013).

As medidas acima citadas deram destaque aos transtornos mentais no cenário da saúde internacional, historicamente negligenciados pelos gestores em saúde em função de seu caráter subjetivo. O impacto destes dados foi ainda maior diante da comparação com outras doenças crônicas não comunicáveis, revelando que a carga de doença atribuída aos transtornos mentais responde por 13% da carga global de doenças, excedendo aquela atribuída a afecções tais como diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares. Além disso, evidenciou-se que a depressão maior é a segunda causa mais importante de DALY, devendo tornar-se a maior até 2030, quando os transtornos mentais representarão um custo de US\$ 47 trilhões (BECKER; KLEINMAN, 2013).

Este conjunto de dados epidemiológicos, somado ao conjunto de evidência produzida a partir de pesquisas transculturais, e de narrativas de trabalhadores da área da saúde e de indivíduos com transtornos mentais, representam dois importantes pilares para o campo da saúde mental global. O terceiro refere-se à eficácia de tratamentos farmacológicos e intervenções psicossociais para uma gama de transtornos mentais, sendo que as últimas podem ser realizadas de forma escalonada, tendo como base principal a mão de obra não especializada, tão escassa em países em desenvolvimento (PATEL, 2014).

Outra influência importante para o campo da saúde mental global, entretanto, é a publicação do World Health Report em 2001. Com foco exclusivo na saúde mental, o documento destaca o ciclo vicioso entre vulnerabilidade social, exclusão social e transtorno

mental (PATEL; PRINCE, 2007). A partir deste argumento, denuncia a necessidade de contextualização das recomendações em saúde mental a diferentes cenários (países em alto, médio e baixo desenvolvimento) partindo do princípio de que boa parte dos países não teriam os mesmos recursos para que ações similares fossem realizadas nestes diferentes contextos. (WHO, 2001). O financiamento de pesquisas em países de baixo desenvolvimento é então iniciado por duas importantes instituições inglesas: O Departamento Britânico de Desenvolvimento Internacional e o Wellcome Trust.

Um marco muito importante consiste na publicação da série do Lancet em saúde mental global no ano de 2007. Trata-se de uma série sobre a carga de doença, os recursos em saúde mental, evidências de tratamento e de medidas preventivas, além de um panorama dos sistemas de saúde mental, com destaque para as principais lacunas de tratamento e os principais desafios para o avanço desse cuidado. A série também revela as iniquidades em saúde em uma perspectiva global, com os países de baixa e média renda representando mais de 80% da população global, mas detendo apenas 20% dos recursos em saúde mental. No último dos seis artigos que compõem a série, intitulado “Scale up services for mental disorders: a call for action”, os autores apontam a importância de transformar as evidências reunidas na série em ação, ampliando a cobertura no cuidado ao transtorno mental no mundo, sobretudo em países de baixa e média renda (LANCET, 2007).

A partir de então, é estabelecida uma agenda global para a saúde mental. Forma-se uma coalizão social – denominada Movement for Global Mental Health (MGMH) (Movimento para Saúde Mental Global) – que conta com 95 instituições e mais de 1.700 indivíduos, de mais de 100 países, e com representantes tanto do meio técnico- profissional, quanto da sociedade civil. Outra importante iniciativa é o desenvolvimento da Plataforma Gulbenkian para a Saúde Mental Global, fruto da parceria conjunta do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa com a colaboração técnica da OMS.

Um ano depois, a OMS lança um programa de ação em saúde mental para reduzir a lacuna de tratamento dos transtornos mentais em escala global, tendo como base a melhor evidência científica e epidemiológica acerca de condições definidas em conjunto como prioritárias (WHO, 2010). O foco no cuidado em saúde não especializado é escolhido em função da escassez de profissionais de saúde mental em países de baixa e média renda. No mesmo ano, publica-se uma série sobre os principais desafios para a saúde mental global “Grand Challenges in Global Mental Health Initiative”, entre eles com destaque para a integração da saúde mental

com a atenção primária, a redução do custo e o aumento do acesso a psicofármacos, o cuidado e a reabilitação comunitária efetivas, com ênfase na defesa aos direitos humanos (COLLINS et al, 2011)

Críticos ao Movimento de Saúde Global o acusam de impor o modelo da psiquiatria ocidental, tanto no que se refere às classificações diagnósticas, quanto às intervenções terapêuticas, centradas sobretudo nas intervenções farmacológicas, aos países de baixa e média renda, ignorando o papel do contexto cultural, político e econômico do sofrimento mental. (SUMMERFIELD, 2013; KIERMEYER; PEDERSEN 2014). Outra crítica ao movimento recai sobre a aproximação medicalizante do sofrimento psíquico, uma vez que defende a equidade no acesso às intervenções farmacológicas e psicoterápicas, distanciando-as das questões coletivas associadas ao sofrimento psíquico e de intervenções que abarquem os determinantes sociais em saúde. (COHEN, 1993).

1.2 Sobre a lacuna de tratamento em saúde mental ou “mental health gap”

Para a avaliação do acesso ao cuidado em diferentes contextos, sua mensuração e comparação, a saúde mental global utiliza o conceito de lacuna de tratamento ou “mental health gap”. Esta representa a diferença entre a verdadeira prevalência de uma doença e a proporção dos indivíduos afetados pela doença com tratamento. Como alternativa, a lacuna de tratamento poder se expressa como a percentagem de indivíduos que necessitam de cuidados, mas não recebem tratamento. (KOHN et al, 2004).

Sabe-se que o nível de incapacidade associado aos transtornos mentais, aferidos pela medida DALY, reflete o fato de só uma parte dos indivíduos afetados receberem tratamento apropriado, além do prolongado tempo para o início do tratamento. Isto é, a carga de doença associada aos transtornos mentais está diretamente relacionada à lacuna de tratamento. A redução da carga de doença, por sua vez, depende do combate às barreiras ao tratamento que sustentam esta lacuna (KOHN et al, 2004).

As barreiras indiretas ao tratamento podem ser referentes aos próprios indivíduos afetados, como o desconhecimento acerca da doença mental, o estigma associado ao mesmo, descrença na eficácia do tratamento e a crença de que o sofrimento mental é algo passageiro e que o indivíduo deve ser capaz de lidar com ele sozinho. Barreiras mais diretas, por sua vez,

referem-se a restrições financeiras, a baixa acessibilidade dos serviços e, por último, porém não menos importante, a baixa oferta de cuidados em saúde mental. (KOHN ET AL, 2004).

Cabe destacar que os estudos epidemiológicos que apontam para as lacunas de tratamento em saúde mental, entre eles a histórica série do Lancet (2007), o tratamento foi aferido através da utilização de serviços, isto é, a procura por assistência de qualquer médico ou profissional de saúde, especializado ou não, público ou privado. O serviço em saúde, neste caso, incluía tanto o tratamento médico quanto psicoterapêutico, embora boa parte dos estudos não tenha feito esta distinção. Nesse sentido, os indivíduos com transtorno mental em uso de serviços de saúde, quer médicos ou psicoterápicos, não seriam considerados como parte da lacuna de tratamento em saúde mental.

O conceito de acesso da saúde coletiva, entretanto, transcende a oferta de serviços de saúde, dado que a utilização de serviços não pressupõe, infelizmente, acesso a um tratamento adequado e efetivo. Essa nuance envolve as transformações envolvendo conceito de acesso no que tange os cuidados em saúde, indo além da entrada nos serviços, para os resultados nos cuidados recebidos, além da valorização crescente da satisfação do usuário em estudos avaliativos em saúde. O uso efetivo dos serviços de saúde depende, portanto, de fatores relacionados à qualidade do cuidado ofertado. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

1.2.1 “Mental Health Gap”: Um olhar quantitativo

Estudos epidemiológicos revelam a baixa proporção de tratamento entre os pacientes com transtornos mentais na população geral. Em amostra domiciliar representativa da região metropolitana de São Paulo, observou-se que um terço dos indivíduos com transtornos mentais classificados como “severos”, classificação na qual se inclui transtornos depressivos e ansiosos com comprometimento funcional significativo, permaneciam sem tratamento (ANDRADE; WANG, 2012).

Em estudo recente de base populacional com amostra representativa de âmbito nacional, a lacuna de tratamento para depressão foi de 79%, sendo maior (mais de 90%) na região nordeste e menor na região sul (67,5%). É importante destacar que em todas as regiões brasileiras destacou-se o tratamento medicamentoso exclusivo, sendo a participação de psicoterapia combinada mais expressiva na região sul (9,3%). (LOPES et al, 2016). Além da baixa proporção de indivíduos com sintomas depressivos clinicamente significativos em

tratamento, destacou-se também as iniquidades no acesso ao cuidado em saúde mental, sendo a lacuna de tratamento maior entre indivíduos de baixa renda residentes em regiões de poucos recursos, como no Norte do país.

Outro estudo recente com amostra representativa da população adulta do Rio de Janeiro, verificou-se que entre pacientes com ansiedade, depressão e uso de álcool, apenas 16% dos indivíduos com diagnóstico de há mais de um mês faziam uso de psicofármacos. Entre os indivíduos com depressão moderada a grave, 19% usavam antidepressivos. A baixa proporção de pacientes com diagnóstico psiquiátrico em tratamento também é apontada pela literatura em países de alta renda, variando de 10 a 40% na Inglaterra, 19,3% no Canadá (3) e 32,6% em estudo multicêntrico Europeu.

1.2.2 “Mental Health Gap”: Um olhar qualitativo

O conceito de lacuna de tratamento é uma tentativa de avaliação de acesso ao tratamento, porém, como toda medida epidemiológica, apresenta limitações. Dessa forma, para sua interpretação, o conhecimento do contexto associado é fundamental, como o realizado em pesquisas de base antropológica no campo da saúde mental global. Através de etnografias conduzidas em diferentes contextos, a publicação revela as diversas lacunas no cuidado a saúde mental tendo como foco a abordagem farmacológica dos transtornos mentais, permitindo comparações entre países de alta, média e baixa renda (KORT; MENDENHALL, 2015).

Na Libéria, por exemplo, menos de 8% das unidades de saúde disponibilizam medicação antidepressiva. Nesse contexto, a falta de acesso aos medicamentos representa ainda importante lacuna do tratamento dos transtornos mentais. Além disso, a falta de estrutura para monitorar efeitos colaterais de algumas medicações representa também importante barreira ao tratamento mesmo quando os medicamentos estão disponíveis. Em países de média renda, como na Índia, medicações antidepressivas como a fluoxetina são amplamente disponíveis. O “gap” nesse caso trata-se da falta de conhecimento dos profissionais da atenção primária sobre quando indicá-las e de como monitorar os seus efeitos colaterais.

Outra lacuna fundamental recai sobre a disponibilidade de intervenções psicossociais e abordagens psicoterápicas, as quais são frequentemente deixadas de lado inclusive em países de alta renda. A ampliação da disponibilidade de intervenções não medicamentosas, por sua

vez, é essencial para que o uso de medicamentos não se torne o único recurso terapêutico disponível (KORT; MENDENHALL, 2015)

Dessa forma, podemos pensar em diversas “dimensões” da lacuna de tratamento tendo como base o uso de psicofármacos. A primeira refere-se a dificuldades de acesso ao medicamento propriamente dito e sua continuidade, a qual foi observada em países de baixa renda como a Libéria. A segunda trata-se do despreparo das equipes de atenção básica para manejá-los, que pode se traduzir tanto no subtratamento de transtornos mentais, como no uso inadequado do recurso medicamentoso, padrão observado em países de média renda como a Índia. A terceira recai sobre a exclusividade da abordagem medicamentosa, denunciando a baixa oferta de intervenções não medicamentosas, perfil observado até mesmo em países de alta renda.

Críticos ao movimento de saúde mental global questionam a validade do conceito “Mental Health Gap” em contextos de alta vulnerabilidade psicossocial, onde o sofrimento emocional possui íntima relação com a adversidade psicossociais. Para estes autores, a apropriação desta medida para a validação da necessidade de expansão do acesso ao tratamento farmacológico ou mesmo psicológico o afasta de suas raízes psicossociais. (KORT; MENDENHALL, 2015)

Outro aspecto apontado por críticos é a ênfase do Movimento em Saúde Mental Global na ampliação do acesso aos serviços de saúde como forma de reduzir as iniquidades em saúde. Considerando equidade em saúde o direito de atingir o nível mais alto de saúde, reduzir a lacuna de cuidado em saúde vai além de ampliar o acesso ao tratamento, abarcando também determinantes sociais em saúde, tal como o acesso a alimentação, habitação, emprego, condições seguras de vida e igualdade de gênero (referência), além da inclusão de usuários de serviços no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde mental (PATHARE et al, 2018).

Alguns autores questionam se a medida “mental health gap” de fato refletiria a lacuna de cuidado em saúde mental uma vez que esta não reconhece outros modelos de cuidado que não sejam baseados em evidências, como algumas intervenções psicossociais e práticas de cuidado tradicionais em diferentes contextos. Portanto, ao mesmo tempo em que o conceito “Mental Health Gap” ofereceria maior visibilidade dos transtornos mentais não tratados, ele condenaria à “invisibilidade” arranjos de cuidado oferecidos em diferentes contextos, envolvendo diferentes setores, instituições, fontes de conhecimento e intervenções terapêuticas. (BARLETT, 2014; ORR; BINDI, 2017)

Nesse sentido, apesar da inegável contribuição do conceito “mental health gap” para dar visibilidade ao sofrimento mental em termos globais e ao seu impacto coletivo, as pesquisas etnográficas apontam para os limites do constructo em captar a complexidade das lacunas de cuidado em diferentes contextos de saúde, tal como sua relação com os determinantes sociais em saúde. Faz-se necessário, portanto, estudos locais que explorem a complexidade das lacunas de cuidado em saúde mental e sua relação com fatores contextuais, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de cuidado efetivas neste cenário para além do cuidado biomédico.

1.3 A saúde mental na atenção primária

Até poucos anos atrás, em países de baixa e média renda, os transtornos mentais eram diagnosticados e tratados em unidades hospitalares ou em clínicas especializadas. Nesse contexto, indivíduos com Transtornos Mentais Comuns, representando boa parte de carga global de doença mental, mantinham-se sem tratamento. A integração da saúde mental com a atenção primária e a ênfase no cuidado não especializado são destacadas entre as principais estratégias de ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental pelo movimento de saúde mental global, a fim de reduzir a lacuna de tratamento. (LANCET, 2007). Entre os desafios apontados para a integração da saúde mental na atenção primária, destacam-se: baixa infraestrutura, falta de recursos humanos, baixo reconhecimento dos transtornos mentais pela comunidade, vulnerabilidade psicossocial, alta comorbidade com doenças clínicas, estigma e discriminação de indivíduos com transtorno mental, além de diferentes modelos explicativos entre estes pacientes, dificultando a aceitação e desenvolvimento das linhas de cuidado (WAINBERG et al, 2017). O cuidado inadequado em saúde mental, por sua vez, sobrecarga dos profissionais da atenção primária e da falta de continuidade na dispensação de psicofármacos. O treinamento em saúde mental sem a devida supervisão longitudinal e a retaguarda de serviços especializados, tal como a falta de condições de desenvolver abordagens psicossociais, são outros facilitadores da precarização do cuidado em saúde mental neste contexto.

1.4 O cuidado colaborativo e o matriciamento em saúde mental.

O cuidado colaborativo, por sua vez, é uma estratégia de integração entre profissionais de saúde mental e profissionais da atenção primária, utilizando os princípios de “Task-shifting” para ampliar o alcance dos cuidados em saúde mental para transtornos mentais comuns na atenção primária, ofertando um cuidado em saúde mental baseado em evidências e centrado no indivíduo. Originalmente desenvolvido para o tratamento de depressão em países de alta renda, cujos estudos demonstram efetividade maior que o cuidado usual ofertado no contexto da atenção primária nestes países, o modelo de cuidados colaborativos tem sido amplamente estudado em países de baixa e média renda a fim de ampliar o acesso aos cuidados em saúde mental. A implementação bem-sucedida deste modelo, no entanto, depende de um sistema organizado de atenção primária, que é capaz não apenas de tratar de problemas médicos agudos, como também oferecer um cuidado longitudinal dos problemas de saúde crônicos ou recorrentes (BECK, 2010).

No contexto nacional, observamos de 2009 a 2016 o fortalecimento da atenção primária com a rápida expansão da Estratégia da Saúde da Família. Conceitualmente, a ESF representa um novo modelo de cuidado, tendo como destaques o vínculo e a corresponsabilidade das equipes com os usuários e com a comunidade, favorecendo o acompanhamento longitudinal, tão importantes para o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, permite a intervenção em situações que transcendem a especificidade da doença e que têm efeitos determinantes nas condições de vida e saúde dos indivíduos, de suas famílias e de sua comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A reorganização do modelo de cuidado tem se dado operacionalmente através da implantação de equipes multiprofissionais, incluindo invariavelmente um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é dirigida a uma população adscrita, isto é, um conjunto delimitado de famílias localizado em área geográfica estabelecida, pela qual se assume responsabilidade, com uma média de três mil habitantes por equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No Brasil, o modelo de integração da saúde mental com a atenção primária é o suporte matricial ou matriciamento, um tipo de cuidado colaborativo que tem como base um modelo de produção de saúde horizontal, caracterizado pela construção compartilhada de duas ou mais equipes, com finalidade pedagógica e terapêutica. Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem

encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os níveis de cuidado é precária e não oferece uma boa resolubilidade. O suporte matricial, em contrapartida, propõe ações horizontais que integram os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais: equipe de referência e equipe de apoio matricial.

As equipes de referência são equipes que têm a responsabilidade pela coordenação e condução do cuidado, seja de um caso individual, familiar ou comunitário, como já apresentado trata-se de um novo sistema de referência entre profissionais e usuários. Seu objetivo é ampliar as possibilidades de construção de vínculo, continuidade e integralidade do cuidado entre estes atores, propondo uma referência ao longo do tempo. Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com responsabilidade sanitária e isto inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. O papel da equipe de apoio matricial em saúde mental pode ser desempenhado por diferentes modalidades de equipe, entre elas a equipe de Psicossocial (CAPS) o Ambulatório de Saúde Mental ou, ainda pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CHIAVERINE et al, 2011).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por diferentes especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica). Sua atuação visa o compartilhamento de práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

O NASF desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial, com a assistência direta dos usuários e técnico-pedagógica, oferecendo apoio educativo para as equipes. As diretrizes do NASF apontam o apoio matricial como dispositivo organizacional para o exercício da clínica ampliada, que envolve a criação do Projeto Terapêutico Singular. Além disso, imputam aos profissionais do NASF a cogestão do cuidado, a execução de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. Quer ofertado pelo NASF, ambulatório de saúde mental ou CAPs, o suporte matricial deve proporcionar a

retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. (CHIAVERINE et al, 2011)

1.5 O Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso da clínica ampliada e da humanização em saúde, organizando o cuidado em saúde. Trata-se de uma construção conjunta, sendo importante incluir a equipe de referência, o usuário e família em questão, e quando necessário, a equipe de apoio matricial, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. É importante ainda, realizar a identificação das necessidades de saúde, discutir o diagnóstico, definir as ações de cuidado compartilhadas. Esta organização leva ao aumento da eficácia dos tratamentos, pois, a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização. Os projetos terapêuticos podem ser familiares, coletivos e territoriais, devendo levar em consideração não somente o indivíduo, como todo contexto social, por isso o termo “singular” (CHIAVERINE et al, 2011)

A utilização do projeto terapêutico como dispositivo de intervenção representa também uma mudança no modelo de cuidado em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais, com compartilhamento e corresponsabilização das ações, (CAMPOS, 2003).

1.6 O trabalho em rede

1.6.1 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 portaria nº 4.279, de 30/12/2010). Nesse sentido, para suprir diferentes necessidades dos

usuários, é necessária a integração de diversos pontos de atenção, com padrões tecnológicos próprios, sem os quais não seria possível atender a todas as necessidades dos usuários em único serviço. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Um desafio para o alcance da integralidade na atenção à saúde no Brasil são as diferentes realidades sociais, políticas e administrativas do país, sendo que territórios com grandes dificuldades de acesso a serviços especializados coexistem com o excesso de serviços em outras localidades. Potencializar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial é um dos principais desafios na constituição de Redes de Atenção à Saúde, dado que a atenção básica deve ser porta aberta e espaço privilegiado de ordenação das redes, integração de ações e coordenação do cuidado. O matriciamento é uma das principais estratégias para a superação do modelo fragmentado e descontínuo, auxiliando na articulação de linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos. Além da ação de ajudar as equipes de referência a ampliar o escopo de ofertas da Atenção Básica, o suporte matricial deve trabalhar a articulação com outros serviços de saúde e mesmo outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitam a coordenação e a continuidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

O estabelecimento de conexões entre profissionais e equipes de diferentes serviços e mesmo de distintos setores (como a assistência social e a educação) tem um potencial catalisador de redes e fluxos assistenciais no território de atuação dessas equipes. A intersetorialidade em saúde é compreendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

1.6.2 A rede comunitária de cuidados

Os recursos comunitários em saúde mental informais, apesar de não ser parte do sistema formal de saúde, prestam assistência a pessoas com transtornos mentais. Entre estes destacam-se aqueles prestados por ONGs, os curandeiros, os profissionais de outros setores, os grupos de apoio (ex- AA), as associações de usuários e sua família. Este tipo de cuidado não necessariamente envolve um profissional de saúde, sendo desempenhado sobretudo por

membros da comunidade local. Em muitos contextos, estes ainda representam o primeiro contato do paciente com transtorno mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Há uma crença, equivocada, de que a necessidade de cuidado comunitário se restringe a serviços de saúde mental. É importante ampliar e fortalecer outras organizações comunitárias, tais como: associações de apoio a mulheres, grupos esportivos, entidades religiosas, centros de arte e cultura, entre outros. É importante destacar que, embora o sofrimento emocional possa ser abordado de forma neste nível de atenção, este não substitui cuidado em saúde mental ofertado nas unidades de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

1.6.3 A Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS, é instituída com a Portaria Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária, buscando garantir a livre circulação de indivíduos com transtorno mental pelos serviços e pela comunidade. A rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Centros de Convivência e Cultura, as unidades de acolhimento (UAS) e os leitos de internação em CAPs III e Hospital Geral. Na Atenção Básica, a RAPS está presente nas unidades básicas de saúde, nos núcleos de apoio a saúde da família, no consultório na rua, nos serviços de apoio residencial transitórios e nos Centros de Convivência e Cultura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A RAPS tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Também tem como objetivos específicos: a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na

sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

1.6.4 A rede intersetorial de cuidados

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Tais articulações e arranjos podem ocorrer através da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros. São articulações necessárias para o desenvolvimento de ações com o foco na promoção e prevenção à saúde, além da busca pela atenção integral (CHIAVERINE et al, 2011).

1.7 Os Transtornos Mentais Comuns

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) representam a forma mais comum de apresentação de sofrimento emocional nas unidades da Estratégia de Saúde da Família. Podem se apresentar através de diversos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração. O conceito abarca um misto de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos menos estruturados e de menor gravidade do que aqueles atendidos em unidades especializadas, frequentemente associados a problemas psicossociais, critérios para os diversos subtipos de

transtornos depressivo-ansiosos e podem demandar cuidado mais intensivo, incluindo atendimento especializado. Nesse sentido, inclui uma gama ampla da população que necessita de algum cuidado em saúde mental, tanto aqueles que não necessariamente são portadores de um diagnóstico psiquiátrico conforme as classificações existentes, quanto os que apresentam os quadros descritos nos manuais (GOLDBERG, 1994)

A prevalência de Transtornos Mentais Comuns dentre os usuários atendidos em unidades gerais de saúde é muito alta. Estudos nacionais apontam que cerca de 50% dos usuários atendidos por equipes da APS e da estratégia de saúde da família (ESF) apresentam esse tipo de sofrimento, sendo que, em média, 35% deles têm alterações de intensidade grave, preenchendo critérios para transtornos mentais específicos como depressão e ansiedade. Por outro lado, de 20 a 30% possui remissão espontânea dos sintomas e apresenta melhora quando apoiados pelas equipes de saúde, individualmente ou em grupo. Logo, apesar de possuírem algumas características em comum, não constituem um grupo homogêneo, estando associados a diferentes quadros, que muitas vezes requerem uma abordagem específica (FORTES et al, 2008).

A literatura aponta para a importância do papel dos determinantes sociais em saúde no que se refere à etiologia dos Transtornos Mentais Comuns, uma vez que diversos estudos reforçam sua associação com condições psicossociais adversas, tais como a pobreza extrema, baixa escolaridade, frágil rede de suporte e eventos de vida produtores de estresse. Em recente estudo nacional multicêntrico para avaliação da prevalência e fatores sociodemográficos associados envolvendo uma amostra de mulheres atendidas em unidades de saúde da família de cinco cidades brasileiras (Rio de Janeiro, Fortaleza, São Paulo, Porto Alegre), a proporção de pacientes com TMC (GHQ 2/3) variou de 51,9% (Rio de Janeiro) a 64,3% (Porto Alegre), sendo associada a ser do sexo feminino, ao desemprego, a baixa escolaridade e baixa renda (GONÇALVES et al, 2014).

A associação dos TMC com a adversidade psicossocial está para além da literatura, sendo constatada na prática dos profissionais da atenção básica e representando um desafio importante na abordagem desta demanda em saúde mental. Ao lidarem com condições de significativa vulnerabilidade psicossocial, é comum que a equipe de saúde se sinta impotente diante desta demanda, classificando-a de “problemas sociais” e consequentemente se desresponsabilizando de seu cuidado. Entretanto, sabe-se hoje que a vulnerabilidade psicossocial pode elevar as chances de desenvolvimento do sofrimento psíquico. O comprometimento funcional associado ao sofrimento psíquico, por sua vez, pode ocasionar uma piora das condições psicossociais. Não faz sentido, portanto, abordá-los de forma desintegrada,

sendo o tratamento exclusivamente centrado no uso de psicofármacos um erro, portanto, na abordagem desta demanda. Impõe-se, nesse sentido, o desafio do desenvolvimento de estratégias de cuidado ampliadas que levem em conta suas raízes psicossociais, como espaços de troca e fortalecimento da rede de apoio

A dificuldade na abordagem aos Transtornos Mentais Comuns reflete-se também no uso inadequado de psicotrópicos quando estes se fazem necessários. Uma vez que o quadro depressivo se apresenta na maioria das vezes acompanhado de sintomas de ansiedade e queixas somáticas difusas, além de insônia, é comum que estes quadros sejam tratados como síndromes ansiosas puras e que o tratamento seja baseado, erroneamente, no uso exclusivo de benzodiazepínicos (ALMEIDA et al, 1994; RIBEIRO et al, 2007; CORREIA et al, 2014). Um outro fator importante na perpetuação do uso crônico e inadequado de psicofármacos é a ausência de um profissional que se responsabilize pelo início, meio e fim do tratamento reforçando a importância do vínculo e do cuidado longitudinal. (CHIAVERINE et al, 2011).

O uso indiscriminado de benzodiazepínico é um problema comum contexto da atenção primária e de difícil manejo pelo profissional da atenção básica no Brasil e em outros países. (ALMEIDA et al, 1994; RIBEIRO et al, 2007). Protocolos clínicos têm sido propostos no sentido de reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos em serviços de atenção primária, porém em sua maioria com enfoque exclusivamente biomédico, distanciando-se dos fatores contextuais que perpetuam este uso.

2 A QUESTÃO DE PESQUISA

“Para além do mental health gap: Um olhar ampliado sobre as lacunas de cuidado em saúde mental na atenção primária”. Por que este foi o título escolhido para esta tese? Qual a questão de pesquisa que ele apresenta?

Como exposto anteriormente, o conceito de lacuna de tratamento perpassa todo este trabalho e atua como “ponte” entre o campo da Saúde Mental Global e o campo da Saúde Mental na Atenção Primária, tal como entre a dimensão quantitativa e qualitativa desta pesquisa, ampliando e aprofundando o olhar da Saúde Coletiva sobre o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária a Saúde. A relação com o campo da saúde mental global é explorada ao longo de todo percurso, sendo o conceito “Mental Health Gap” revisitado pela pesquisadora em diversos momentos do presente trabalho, buscando integrar a perspectiva epidemiológica à perspectiva da antropológica acerca do cuidado em saúde mental.

“Para além do mental health gap: Um olhar ampliado sobre as lacunas de cuidado em saúde mental na atenção primária” recorre ao contexto local para explorar as lacunas que envolvem o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns no contexto da Atenção Primária a Saúde e seu diálogo com o Campo da Saúde Mental Global. Ao investigar o cuidado de usuários com Transtorno Mental Comum em acompanhamento em unidades de atenção primária, coloca-se os holofotes para as lacunas de cuidado em saúde mental para além de utilização dos serviços, isto é, revelam as barreiras de acesso ao cuidado em saúde mental entre os usuários já em atendimento pelas unidades de atenção primária. A compreensão destas lacunas, tal como das barreiras ao cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços da atenção primária, é fundamental para a estruturação de estratégias de cuidado efetivas para a ampliação do acesso e qualificação do cuidado em saúde mental.

A substituição do termo “tratamento” pelo termo “cuidado”, por sua vez, reflete o amadurecimento da questão de pesquisa ao longo da tese, uma vez que, ao longo do processo de escrita, a partir do diálogo com o Campo da Saúde Coletiva (referencial teórico apresentado a seguir) e da reflexão da pesquisadora em torno de sua experiência no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns, ampliou-se o olhar sobre as lacunas de cuidado em saúde mental para além da perspectiva biomédica. Nesse sentido, a investigação passou a abarcar não somente o acesso e a adequação do tratamento farmacológico, símbolo da abordagem biomédica e importante pilar na abordagem aos Transtornos Mentais Comuns, como sobretudo as dimensões envolvidas na qualidade do cuidado à esta importante demanda de saúde pública.

Considera-se, portanto, que a qualidade do cuidado neste cenário vai além da entrada nos serviços, do acesso à avaliação médica e a adequação da prescrição de antidepressivos e benzodiazepínicos, apoiando-se, fundamentalmente, no vínculo salutar entre o usuário e a equipe de atenção básica, na capacidade de acolhimento das equipes de atenção primária do sofrimento psíquico apresentado pelos seus usuários e no desenvolvimento de projetos terapêuticos que envolvam o acompanhamento longitudinal deste usuário, junto de outras condições de saúde, em parceria com outros profissionais de saúde e para além do setor de saúde, constituindo um trabalho em rede e pautado no território. Dada a íntima relação dos Transtornos Mentais Comuns com as adversidades sociais, outro ponto fundamental para a efetividade do cuidado em saúde mental para esta demanda consiste no sociais em saúde e que privilegiem estratégias coletivas de cuidado.

A busca metodológica por estudos qualitativos que abarcassem a percepção dos usuários, profissionais de saúde e familiares do cuidado ofertado no contexto da atenção primária, justifica-se pela constatação pela pesquisadora de que a ampliação do olhar sobre as lacunas de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns implicaria, necessariamente, a ampliação dos recursos metodológicos utilizados. Nesse sentido, optou-se por retirar o foco sobre as dimensões objetivas do tratamento, e, portanto, passíveis de quantificação, voltando-se para os aspectos intersubjetivos do cuidado, priorizando a narrativa enquanto fonte de dados, explorando o universo simbólico dos atores sociais na abordagem em saúde mental na atenção básica primária

3 JUSTIFICATIVA

A integração da saúde mental com a atenção primária é a principal estratégia da saúde mental global para a ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental e o conceito de “Mental Health Gap” um dos principais argumento a favor da expansão da oferta de cuidado em saúde mental no âmbito global. No contexto nacional, a atenção primária representa hoje a principal porta-de-entrada para a saúde mental, fornecendo cobertura para mais de 60% da população brasileira. Além do projeto de expansão do acesso aos cuidados primários em saúde, a Estratégia de Saúde da Família representa um novo modelo de cuidado em saúde, pautado pelo vínculo e acompanhamento longitudinal, no qual as intervenções terapêuticas devem ir além da especificidade da doença, considerando as condições de vida dos indivíduos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesse sentido, trata-se de um modelo não somente para a ampliação do cuidado em saúde da população brasileira em termos quantitativos, como também do ponto de vista qualitativo, isto é, para além da proposta de ampliação do acesso existe uma proposta de qualificação do cuidado em saúde, abarcando o cuidado em saúde mental.

O movimento da saúde mental global, por sua vez, também tem se debruçado recentemente sobre a importância não somente de ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental, como também qualificar o cuidado em saúde mental em diferentes cenários. Para tal, enfatiza-se a importância do contexto local para o desenvolvimento de intervenções psicossociais que abarquem os determinantes sociais em saúde, sobretudo em populações com alta vulnerabilidade psicossocial, (KORT; MENDENHALL, 2015). Ao mesmo tempo em que os resultados epidemiológicos em saúde mental global ressaltam a magnitude dos problemas de saúde mental ao redor do mundo e apontam para a necessidade de ampliar os serviços para o cuidado em saúde mental, pesquisas etnográficas neste mesmo campo descortinam as complexidades locais que devem ser consideradas para que o cuidado em saúde mental seja efetivo em diferentes contextos econômicos e culturais.

Nesse sentido, entende-se que a redução efetiva das lacunas de cuidado em saúde mental em termos globais envolve, necessariamente, a compreensão aprofundada das lacunas locais ao cuidado em saúde mental. Uma vez que a integração entre a saúde mental na atenção primária é a principal estratégia do movimento de saúde mental global para a ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental, faz-se necessário explorar inicialmente as lacunas que envolvem o cuidado em saúde mental na atenção primária.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar as lacunas locais no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns no contexto da Atenção Primária e sua relação com o Campo de Saúde Mental Global

4.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar do ponto de vista quantitativo as lacunas do tratamento farmacológico dos Transtornos Mentais Comuns no contexto da Atenção Primária à Saúde e sua relação com a Saúde Mental Global (Artigo 1)
- b) Explorar do ponto de vista qualitativo as lacunas no que tange à qualidade do cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde e sua relação com a Saúde Mental Global (Artigo
- c) Explorar a vivência da pesquisadora enquanto profissional de saúde mental das lacunas de cuidado em saúde mental e, a partir do diálogo com a literatura em Saúde Mental Global apresentar uma reflexão sobre o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns na APS

5 METODOLOGIA

O campo de pesquisa em saúde mental global, como vimos, estrutura-se em três pilares principais: dados epidemiológicos, narrativas de trabalhadores da área de saúde e narrativas de indivíduos com transtornos mentais. Esta tese de doutorado, por sua vez, estruturou-se nestes três pilares para investigação das lacunas de Tratamento aos Transtornos Mentais Comuns no contexto da atenção primária. O primeiro, apresentado como o “braço quantitativo” da presente pesquisa, utiliza-se de ferramentas da epidemiologia e retoma parte dos resultados da dissertação de mestrado da pesquisadora para a investigação da lacuna de tratamento farmacológico dos Transtornos Mentais Comuns neste contexto. O segundo e terceiro pilares, apresentados neste trabalho como o braço “qualitativo” desta pesquisa, exploram a percepção e a vivência de usuários com Transtornos Mentais Comuns em acompanhamentos em unidades de saúde da família, e dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a esta demanda, entre eles a vivência da própria pesquisadora em sua trajetória profissional no suporte em saúde mental às equipes de atenção básica.

O foco de ambos os braços da pesquisa recai o sobre cuidado aos Transtornos Mentais Comuns em unidades de atenção primária, porém apresentam diferentes “facetas” desta lacuna. O braço quantitativo (artigo 1) tendo como referencial a epidemiologia, utiliza-se de dados objetivos e análises estatísticas para caracterizar a lacuna de tratamento no que tange ao uso de psicofármacos, um dos importantes pilares do cuidado aos Transtornos Mentais Comum. O braço qualitativo (artigo 2 e 3) por sua vez, investiga uma outra “faceta” da lacuna de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns, ampliando e aprofundando a investigação do cuidado a esta importante demanda de saúde pública para além do uso dos serviços e da abordagem farmacológica. Ambos os braços da pesquisa apresentam um constante diálogo com a Saúde Mental Global, promovendo uma reflexão entre o “local” e o “global”, fundamental para o planejamento de intervenções em saúde mental efetivas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

O braço quantitativo da tese apresenta uma nova análise de parte dos resultados descritivos apresentado da dissertação de mestrado em epidemiologia neste mesmo instituto em 2013 “Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial”. O estudo abarcou a primeira fase de coleta de dados de dois outros estudos em saúde mental na atenção primária, sendo um deles um estudo multicêntrico. Os estudos foram conduzidos em um intervalo de tempo distintos (2006/2007 –

2009/2010) resultando em uma amostra de 3293 mulheres atendidas em unidades de saúde da família de cinco cidades brasileiras (Petrópolis, Rio de Janeiro, Fortaleza, São Paulo, Porto Alegre). Utilizou-se um delineamento seccional para caracterizar a frequência do uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos na população de estudo (usuárias em atendimento em unidades de atenção primária) e segundo o perfil de morbidade em saúde mental (presença de Transtornos Mentais Comuns) e sua gravidade (3 ou 4 pontos no GHQ – “Generel Health Questionnaire” foram considerados positivos para Transtorno Mental Comum e 5 ou mais pontos no GHQ classificados como Transtorno Mental Comum de intensidade grave). A partir da frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre as usuárias com TMC, segundo os diferentes níveis de gravidade segundo o GHQ, foi aferida a lacuna de tratamento farmacológico nesta população. Os detalhes da metodologia empregada serão apresentados de forma mais detalhada no primeiro artigo.

O braço qualitativo da pesquisa, como vimos, tem como objetivo apresentar e explorar outra “faceta” da lacuna de cuidado em saúde mental na atenção primária., abarcando o cuidado em saúde mental para além da abordagem biomédica e do uso de serviços. Para orientar o trabalho nesta etapa, foi necessária a busca por referenciais teóricos sobre a qualidade do cuidado em saúde mental na atenção primária. Neste sentido, realizou-se uma revisão crítica da literatura, investigando pontos de convergência entre produções acerca do modelo de cuidado preconizado pela Estratégia de Saúde da Família e pelo cuidado psicossocial defendido historicamente pelo campo da saúde mental brasileira. Através desta revisão, foram elencados conceitos-chave para nortear a análise dos artigos sobre as práticas em saúde mental na atenção primária no que tange à qualidade do cuidado ofertado neste contexto.

O segundo artigo originalmente seria abarcado pelo estudo de campo, aprovado em 2019 pelos comitês de ética do Instituto de Medicina Social (Parecer 3.554163) e do município do Rio de Janeiro, não sendo realizado em função do período de coleta de dados ter coincidido com a greve dos profissionais da atenção primária (local da coleta de dados), a qual foi sucedida pela pandemia pelo coronavírus. Neste sentido, optou-se por outros percursos metodológicos que pudessem abarcar a questão de pesquisa. Ao retomar a base de dados do artigo produzido em 2016 pelo grupo de pesquisas em Saúde Mental Global “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa”, foram identificados artigos pertinentes à questão de pesquisa e com o diálogo próximo a saúde mental global, campo em que esta pesquisa se insere, vindo então a constituir a fonte de dados para o segundo artigo deste trabalho. Trata-se de uma meta-síntese de pesquisas qualitativas de cunho avaliativo que tiveram como objeto de estudo as práticas de cuidado na

saúde mental na atenção primária, abarcando a narrativa de diferentes atores envolvidos no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns na atenção primária (profissionais de atenção primária, usuários dos serviços em cuidado em saúde mental, familiares, profissionais de saúde mental).

O terceiro artigo, por sua vez, apresenta o relato autoetnográfico e reflexivo da pesquisadora em sua experiência como psiquiatra atuante no sistema único de saúde ao longo de dez anos, na interface da saúde mental com a atenção primária, no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns. O uso da memória da pesquisadora, em sintonia com as demais fontes de dado, confere maior profundidade à investigação da questão de pesquisa ao explorar a vivência de uma profissional de saúde mental da lacuna de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns, além de permitir ao leitor um mergulho no cotidiano do cuidado em saúde mental na atenção primária e a compreensão do envolvimento da autora com a questão de pesquisa. Uma vez que o estudo de campo proposto não pôde ser conduzido, o registro da vivência da pesquisadora no campo da saúde mental na atenção primária no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns enriquece o campo empírico do presente trabalho. O corte temporal (2009-2019), por sua vez, oferece um recorte mais atual da questão de pesquisa.

6 RESULTADOS / DISCUSSÃO.

A escolha pela apresentação dos resultados no formato de artigos reflete o percurso acadêmico da pesquisadora e o próprio percurso deste trabalho acadêmico, como veremos no último artigo. Neste sentido, esta seção apresenta os resultados do braço quantitativo e qualitativo deste trabalho na forma de artigos, correspondendo aos objetivos apresentados no item 4.

Na seção 6.1, o primeiro artigo: “A lacuna de tratamento dos Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária a Saúde: Um alerta global a partir de dados locais” apresenta os resultados referentes ao braço quantitativo da pesquisa, referente ao objetivo específico 4.1; Na seção 6.2, o segundo artigo “Um olhar qualitativo sobre a qualidade do cuidado aos Transtornos Mentais Comuns em unidades de saúde da família” apresenta o braço qualitativo deste trabalho referente ao objetivo 4.2, sendo precedido da apresentação do referencial teórico que norteou esta etapa da pesquisa. Na seção 6.3, por sua vez, aprofunda-se a dimensão qualitativa da presente pesquisa, apresentando o relato autobiográfico reflexivo da pesquisadora, referindo-se ao objetivo 4.3.

Os Artigos 1 e 2 e o relato autobiográfico (seção 6.1 e seção 6.2 e seção 6.3), por sua vez, são compostos de vários subitens, entre eles a introdução, a metodologia, os resultados e a discussão dos resultados.

6.1 ARTIGO 1: “A lacuna de tratamento dos Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde: Um alerta global a partir de dados locais.”

Introdução

O movimento de saúde mental global (Global Mental Health Movement) colocou em evidência a extensão da carga dos transtornos mentais não somente para as famílias e toda a comunidade, como também o seu impacto econômico em diferentes nações, dados até então negligenciados pelas agendas globais de saúde. Nesse contexto, reuniu-se uma série de evidências científicas em saúde mental revelando uma enorme discrepância entre a necessidade de cuidado em saúde mental e a disponibilidade de serviços nos mais diversos cenários globais,

a qual foi traduzida na literatura internacional pelo termo “Treatment gap” ou “lacuna de tratamento” em saúde mental. Esta representa a diferença entre a verdadeira prevalência de uma doença e a proporção dos indivíduos afetados pela doença com tratamento. Como alternativa, a lacuna de tratamento pode ser expressa como a porcentagem de indivíduos que necessitam de cuidados, mas não recebem tratamento. (KOHN et al, 2004).

Críticos ao movimento trazem entre suas principais ponderações a medicalização do sofrimento mental e a imposição de um modelo ocidental de doença e tratamento aos países de baixa renda, com ênfase em pacotes de intervenção que destacam o papel dos psicofármacos, em detrimento das práticas terapêuticas tradicionais locais, negligenciando a variabilidade cultural na compreensão e nas respostas ao sofrimento mental (FERNANDO, 2011; SUMMERFIELD, 2013). A dicotomia entre o global e o local também ganha força com o movimento de saúde mental global, com críticos ao movimento questionando a validade do modelo de intervenções em saúde mental na forma de pacotes padronizados em diferentes contextos globais, reforçando a importância da adaptação das intervenções ao contexto cultural e econômico local (ORTEGA; WENCESLAU, 2015).

É interessante como este debate se reflete na discussão em torno do acesso aos psicofármacos nas publicações do movimento de saúde mental global. Em 2001, o World Health Report, publicação de fundamental importância para o Movimento de Saúde Mental Global, coloca os psicofármacos entre os medicamentos essenciais em saúde apontando para a urgência de sua disponibilidade em todos os níveis de cuidado, incluindo os níveis primários de cuidado. Além disso, a publicação destaca o recurso farmacológico como a primeira linha de tratamento de diversos transtornos mentais, constituindo, muitas vezes, o único recurso terapêutico em situações em que intervenções psicossociais e profissionais especializados em saúde mental não estão disponíveis (WHO, 2001).

Quase uma década depois, a OMS lança um programa de ação em saúde mental para reduzir a lacuna de tratamento dos transtornos mentais em escala global, tendo como base a melhor evidência científica e epidemiológica acerca de condições como prioritárias (OMS, 2010). O foco no cuidado em saúde não especializado é escolhido em função da escassez de profissionais de saúde mental em países de baixa e média renda. Destaca-se neste documento a proposta de um modelo escalonado de cuidado, enfatizando o papel das intervenções psicossociais e tirando o foco exclusivamente sobre o uso de psicofármacos. Em atualização publicada em 2019 para as intervenções por profissionais não especializados em saúde mental, é recomendado que as intervenções farmacológicas sejam realizadas apenas nos casos com

indicações e em conjunto com ações de psicoeducação, modificações de hábitos e apoio social (OMS, 2019).

No mesmo ano de 2010 publica-se uma série sobre os principais desafios para a saúde mental global “Grand Challenges in Global Mental Health Initiative”, entre eles com destaque para a integração da saúde mental com a atenção primária, a redução do custo e o aumento do acesso a psicofármacos, o cuidado e a reabilitação comunitária efetivas, com ênfase na defesa aos direitos humanos (COLLINS et al, 2011). A meta de expansão do acesso aos psicofármacos, por sua vez, alimenta uma corrente de críticos do movimento da saúde mental global, segundo o qual o último representa nada mais que um campo de extensão para a indústria farmacêutica. (FERNANDO, 2011). Paralelamente, a alta magnitude do uso de psicofármacos pela população geral em países de alta renda foi apontada com importante problema de saúde pública por uma série de publicações internacionais poucos anos antes do Movimento de Saúde Mental Global ganhar força. Em amostra representativa de seis países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Noruega e Espanha) o uso de psicofármacos foi referido por 12,3% da população total, (ALONSO, ARGEMEYER et al, 2004).

Vikham Patel, um dos principais pesquisadores do movimento de saúde mental global, destaca a importância de contextualizar estes achados, não sendo possível simplesmente transportá-la para uma realidade bastante distinta, na qual a maior parte dos indivíduos com algum transtorno mental não tem sequer acesso a um diagnóstico (Patel, 2014). De fato, no contexto nacional, a literatura aponta para a baixa proporção de tratamento entre os pacientes com transtornos mentais na população geral. Em estudo realizado com uma amostra domiciliar representativa da região metropolitana de São Paulo, em 2012, observou-se que um terço dos indivíduos com transtornos mentais classificados como “severos”, classificação na qual se inclui transtornos depressivos e ansiosos com comprometimento funcional significativo, permaneciam sem tratamento (ANDRADE et al, 2012).

Em estudo mais recente, de base populacional com amostra representativa de âmbito nacional, a lacuna de tratamento para depressão foi de 79%, sendo maior (mais de 90%) na região nordeste e menor na região sul (67,5%). É importante destacar que em todas as regiões brasileiras destacou-se o tratamento medicamentoso exclusivo, sendo a participação de psicoterapia combinada mais expressiva na região sul (9,3%). Além da baixa proporção de indivíduos com sintomas depressivos clinicamente significativos em tratamento, destacou-se também as iniquidades no acesso ao cuidado em saúde mental, sendo a lacuna de tratamento maior entre indivíduos de baixa renda residentes em regiões de poucos recursos, como no Norte do país. (LOPES et al, 2016).

As iniquidades no acesso a assistência médica já também foram destacadas em estudos anteriores. No estudo de base populacional conduzido na cidade de Botucatu em 2001 e 2002, possuir menor renda associou-se a presença de Transtorno mental Comum, mas não ao uso de psicofármacos., uma vez que o uso de psicofármacos mostrou-se associado a presença de TMC e alta renda (LIMA et al, 2008).

No contexto da atenção primária, estudos revelam o subdiagnóstico de transtornos mentais no Brasil e no mundo. A não detecção dos casos pode chegar a 55% para o diagnóstico de depressão e até 77% para o transtorno de ansiedade generalizada (WHO, 2008). Ao mesmo tempo, o caráter inespecífico da apresentação dos transtornos mentais na atenção primária, nos quais sintomas depressivos e ansiosos se associam comumente a queixas somáticas, reflete-se na dificuldade da abordagem desta demanda, que tem no uso indiscriminado de benzodiazepínicos um potencial complicador (MARI et al, 1993; MIRANDA et al, 1997).

Apesar de estudos já terem investigado o perfil de uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na atenção primária, poucos estudos avaliaram a frequência e o perfil do uso de psicofármacos em função da presença de morbidade psíquica. No contexto local, esta avaliação ganha importância diante da expansão da Estratégia de Saúde da Família, hoje oferecendo cobertura em saúde para mais de 60 % da população brasileira e se constituindo a principal porta de entrada para o cuidado em saúde mental (GIOVANELLA et al, 2019). Para a Saúde Mental Global, trata-se de uma investigação importante, uma vez que a integração da saúde mental na atenção primária, a ampliação do acesso a psicofármacos e a intervenções psicossociais de apoio são apontados pelo Movimento de Saúde Mental Global como um dos principais desafios para redução da lacuna de tratamento em saúde mental. (LANCET, 2007).

O presente estudo apresenta uma releitura de parte dos resultados descritivos obtidos na dissertação de mestrado neste mesmo Instituto de Medicina Social, discutidos agora à luz da Saúde Mental Global e do conceito de “Mental Health Gap”. O seu objetivo recai sobre a investigação da lacuna de tratamento em saúde mental no contexto da atenção primária a partir da caracterização do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família segundo a presença de Transtorno Mental Comum e seu nível de gravidade.

Métodos

Desenho, local e população de estudo

O estudo utiliza um delineamento seccional e abarca a coleta de dados de dois estudos em saúde mental na atenção primária, voltados para a estruturação de estratégias de cuidado mais adequadas à demanda desta clientela (ARÔCA, 2009; GONÇALVES et al, 2013). O primeiro foi voltado para estruturação de grupos terapêuticos e o segundo para avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária em saúde mental. Os dois estudos tiveram como população alvo as mulheres atendidas em unidades da ESF, em cinco centros, sendo o primeiro em Petrópolis/RJ e o segundo em Fortaleza/Ce, Rio de Janeiro/RJ, Porto Alegre/RS e São Paulo/SP. sendo elegíveis aquelas que compareceram às unidades selecionadas para qualquer tipo de atendimento em saúde no período coberto pelas coletas de dados dos referidos estudos e concordaram em participar da pesquisa

Foram excluídas usuárias menores de 18 anos e aquelas que não apresentavam capacidade cognitiva que permitisse a utilização do instrumento, resultando em um total de 3293 pacientes. O critério para a seleção das unidades de saúde que participariam do estudo foi pragmático, uma vez que se baseou no que seria viável do ponto de vista operacional para estudo das intervenções, segundo a avaliação dos gestores de saúde locais.

A primeira fase de coleta de dados teve duração de 30 a 45 dias em cada unidade, tendo se dado em 2006/2007 para o primeiro estudo (Petrópolis- 2.104 participantes provenientes de cinco unidades de ESF) e em 2009/2010 para segundo (Estudo multicêntrico - São Paulo - 410 participantes provenientes de quatro unidades de ESF, Rio de Janeiro- 703 participantes provenientes de nove unidades de ESF, Fortaleza – 149 participantes provenientes de três unidades de ESF e Porto Alegre-163 participantes de três unidades de ESF). Apesar de realizados em períodos distintos, ambos os estudos possuem o mesmo formato no que se refere aos instrumentos, metodologia de coleta de dados, seu processamento e revisão.

Variáveis e instrumentos

Uso de psicofármacos antidepressivos/benzodiazepínicos

O uso de psicofármacos foi avaliado através de uma pergunta aberta baseada no autorrelato do uso de medicamentos, com o seguinte enunciado: “Nas últimas duas semanas,

você usou algum medicamento? Se sim, que medicamento(s) você usou nas últimas duas semanas?”. Estabeleceu-se esse intervalo de tempo, visto que foi o mesmo utilizado para avaliar a presença de transtorno mental comum e a fim de evitar viés de memória.

A caracterização do uso de medicamentos baseou-se no sistema de codificação anatômico-terapêutico (ATC), o qual é recomendado para estudos de utilização de medicamentos pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology vem sendo empregada em outros países (WHO, 1993).

Em função dos antidepressivos e benzodiazepínicos representarem, em termos farmacológicos, o principal arsenal terapêutico no tratamento dos transtornos mentais comuns, as usuárias foram classificadas no presente estudo de forma específica quanto ao uso de antidepressivos e benzodiazepínicos: usuárias exclusivas de antidepressivos, usuárias exclusivas de benzodiazepínicos, usuárias de antidepressivos e benzodiazepínicos, não usuárias de antidepressivos ou benzodiazepínicos.

Características socioeconômicas e demográficas

As características gerais das usuárias foram avaliadas através de um questionário objetivo com perguntas fechadas para coleta de informações socioeconômicas e demográficas, o qual foi adaptado de um questionário geral aplicado em pesquisas anteriores de corte transversal (FORTES et al, 2008; FORTES et al, 2011) e de corte – Estudo Pró-Saúde (FAERSTEIN et al, 2005). O instrumento original do qual este derivou contemplava outras informações além das utilizadas no presente estudo. A pesquisa atual abordou os seguintes fatores: faixa etária, escolaridade, renda familiar per capita e situação conjugal.

Transtornos Mentais Comuns

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados através do GHQ-12 (General Health Questionnaire). Trata-se de um instrumento de rastreamento de transtornos psiquiátricos menores (depressão e ansiedade) elaborado por Goldberg; Blackwell (1972) e validado no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1985), tendo o Clinical Interview Schedule (GOLDBERG; BLACKWELL, 1970) como padrão-ouro. O instrumento já foi utilizado amplamente em pesquisas nessa área e em populações semelhantes à do estudo (MARI; WILLIAMS, 1985; FORTES et al, 2008; FORTES et al, 2011). Este é composto de 12 perguntas, cada qual com quatro opções de resposta, que se referem sempre ao período das duas últimas semanas. O

instrumento permite a utilização de dois pontos de corte utilizados para caracterização dos pacientes como portadores de TMC: 2/3 questões positivas em 12 (doravante descrito como GHQ3, que se refere a transtornos mentais comuns mais leves) ou 4/5 questões positivas em 12 (GHQ5, que se refere a transtornos mentais comuns de intensidade grave), cujas diferenças se refletem na sensibilidade e especificidade do instrumento (PORTUGAL et al, 2016).

Análise de dados

A descrição geral da população de estudo foi inicialmente realizada por meio da distribuição de frequências para cada variável em estudo, estratificada segundo cidade.

A frequência do uso exclusivo de antidepressivos, do uso exclusivo de benzodiazepínicos e do uso de ambos os psicofármacos foi calculada para cada cidade de estudo, com seus respectivos intervalos de confiança. Em seguida, as mesmas frequências foram calculadas entre as pacientes com TMC, segundo diferentes pontos de corte do GHQ 12 (GHQ 3 e GHQ 5).

Por fim, as distribuições de frequências do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos foram avaliadas segundo as principais características socioeconômicas e demográficas, tal como segundo a presença de TMC (GHQ3 e GHQ5), através do teste de qui-quadrado de Pearson.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal de São Paulo, assim como nos comitês de ética dos municípios de Rio de Janeiro, Petrópolis, e São Paulo.

Resultados

Descrição das características socioeconômicas e demográficas da população de estudo, segundo cidade e a presença de transtornos mentais comuns (TMC).

Em todas as cidades, a população é predominantemente adulta, com média de idade variando de 39,7 (Fortaleza) a 44,1 anos (São Paulo). Observa-se um predomínio da vida em união, a qual varia de 51,7% (Fortaleza) a 61,8% (Petrópolis). A renda em geral é bastante baixa, dado que em todas as cidades uma proporção significativa (de 23,1%- Petrópolis a

64,4%- Fortaleza) das usuárias vive abaixo da linha de pobreza, isto é, com renda familiar inferior a meio salário-mínimo da época. A escolaridade também é em geral baixa, uma vez que em todas as cidades de estudo a maioria das usuárias não chegou a ingressar no segundo grau.

A Tabela 2 apresenta a frequência do uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos na população de estudo, por cidade. A frequência do uso exclusivo de benzodiazepínico variou de 0,5% (IC 95%: 0,2% a 1,2%) em São Paulo, a 5,5% (IC 95%: 2,0% -9,0%) em Porto Alegre. A frequência do uso exclusivo de antidepressivo variou de 1,4% (IC 95%: 0,5% -2,3%) no Rio de Janeiro a 8,3% (IC 95%: 5,4% - 11,2%) em São Paulo, sendo de 1,6 % (1,0 a 2,2%). Já a frequência do uso de ambos variou de 0,3% (IC95%: 0,0%-0,5%) em Petrópolis, a 3,1% (IC 95%: 0,4%-5,7%) em Porto Alegre.

A Tabela 3 apresenta a frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre as pacientes com transtorno mental comum, de acordo com diferentes pontos de corte do GHQ (GHQ3 e GHQ5). Destaca-se a alta frequência de TMC nas cidades de estudo, a qual varia de 56,8% (Rio de Janeiro) a 66,5% (Petrópolis) para o ponto de corte no GHQ 2/3 e de 34,4% (Rio de Janeiro) a 49,1% (Petrópolis) para o ponto de corte no GHQ 4/5.

Considerando o ponto de corte 2/3 no GHQ (GHQ3), o uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,7% (IC 95%: 0,0%-2,4%), Petrópolis a 10,4% (IC 95%: 7,4%-13,3%), São Paulo. O uso exclusivo de benzodiazepínicos variou de 1,2% (IC 95%: 0,4%-2,0%) (São Paulo) a 7,0% (IC 95% : 4,5% - 9,5% para o Rio de Janeiro e 2,0% - 12,0% para o Rio de Janeiro) . O uso de ambos variou de 0,3% (IC 95%: 0,0-0,6), Petrópolis, a 4,0% (IC 95%: 0,2 % - 7,8%), Porto Alegre.

Considerando o ponto de corte 4/ 5 no GHQ (GHQ 5), a frequência do uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,9% (IC 95%: 0,0%-2,8%), Petrópolis, a 13,1% (IC 95%: 7,9%-18,3%), São Paulo. A frequência do uso exclusivo de benzodiazepínicos varia de 1,2% (IC 95%: 0,0 % - 2,8%), São Paulo, a 9,1% (IC 95%: 2,2%- 16,0%), Fortaleza. A frequência do uso de ambos varia de 0,4% (IC 95%: 0,0%-0,8%), Petrópolis, a 4,3% (IC 95%: 0,5%-9,1%), Porto Alegre.

Os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre as frequências do uso exclusivo de cada um dos psicofármacos nas diferentes cidades de estudo ($p<0,01$). Em relação à presença de TMC segundo o GHQ 3 e GHQ 5, o uso exclusivo de ambos os psicofármacos é significativamente superior entre as participantes com TMC para ambos os pontos de corte ($p=0,01$ para o uso exclusivo de antidepressivos em ambos os pontos de corte e $p<0,01$ para o uso exclusivo de benzodiazepínicos em ambos os pontos de corte). Destaca-se,

porém, conforme previamente avaliado, que apenas uma pequena parcela das pacientes portadoras de TMC encontra-se em tratamento farmacológico.

Tabela 1 – Descrição das características socioeconômicas e demográficas da população de estudo, segundo cidade e a presença de transtornos mentais comuns (TMC).

	Porto Alegre (n=163)	São Paulo (n=410)	Fortaleza (n=149)	Rio de Janeiro (n=703)	Petrópolis (n=1868)
Idade					
18-24	17 (2,4%)	42 (10,2%)	19(12,8%)	88(12,5%)	218 (11,7%)
25-44	72(44,2%)	146(35,6%)	70(47,0%)	293(41,7%)	791(42,3%)
45-64	73(44,8%)	216(52,7%)	58(38,9%)	314(44,7%)	726(38,9%)
65+	1(0,6%)	6(1,5%)	2(1,3%)	8(1,1%)	133(7,1%)
Situação conjugal					
Em união	90(55,6%)	246(60,1%)	77(51,7%)	420(59,7%)	1153(61,8%)
Separada	27(16,7%)	45(11,0%)	21(14,1%)	124(17,6%)	288(15,4%)
Viúva	11(6,8%)	30(7,3%)	10(6,7%)	55(7,8%)	188(10,1%)
Solteira	34(21,0%)	88(21,5%)	41(27,5%)	104(14,8%)	104(14,8%)
Escolaridade					
Até 4ª	46(28,2%)	129(31,7%)	52(34,9%)	253(36,0%)	868(46,6%)
Da 5ª a 8ª	68(41,7%)	129(31,7%)	47(31,5%)	253(36,0%)	660(35,4%)
2º grau	43(26,4%)	134(32,9%)	46(30,9%)	187(26,6%)	305(16,4%)
Superior	6(3,7%)	15(3,7%)	4(2,7%)	10(1,4%)	31(1,7%)
Renda per capita (em salário mínimo)					
Até 0.5	73(44,8%)	154(37,6%)	96(64,4%)	340(48,4%)	432(23,1%)
>0.5 a 1.0	48(29,4%)	148(36,1%)	38(25,5%)	198(28,2%)	534(28,6%)
>1.0 a 1.5	16(9,8%)	41(16,3%)	12(8,1%)	94(13,4%)	326(30,8%)
>1.5	26(16,0%)	67(16,3%)	3(2,0%)	71(10,1%)	575(30,8%)
TMC					
GHQ 2/3	100(61,3%)	240(58,5%)	100(67,1%)	399(56,8%)	1242(66,5%)
GHQ 4/5	69(42,3%)	160(39,0%)	66(44,3%)	242(34,4%)	918(49,1%)

Tabela 2 – Frequência do uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos segundo cidade e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

	Porto Alegre (n=163)	São Paulo (n=410)	Fortaleza (n=149)	Rio de Janeiro (n=703)	Petrópolis (n=1868)
Só BZD	5,5% (2,0% -9,0%)	0,5%(0,2% -1,2%)	4,7%(1,1%-8,2%)	5,4%(3,6%-7,1%)	24%(1,7%-3,1%)
Só ATD	4,3%(1,2% -7,4%)	8,3%(5,4%- 11,2%)	3,4%(0,4%- 6,4%)	1,4%(0,5%-2,3%)	1,6%(1,0%-2,2%)
ATD+ BZD	3,1%(0,4% -5,7%)	1,2%(0,1%-2,2%)	1,3%(0,5%-3,1%)	1,0%(0,2%-1,7%)	0,3%(0,0%-0,5%)
ATD= Antidepressivos BZD= Benzodiazepínicos ATD+BZD= ambos os psicofármacos					

Tabela 3 – Frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre as pacientes com TMC (de acordo com pontos de corte 2/3 – GH3 e 4/5 GH5) segundo cidade e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

	Porto Alegre (n=100; 1,3%)	São Paulo (n=240; 8,5%)	Fortaleza (n=100; 1,7%)	Rio de Janeiro (n=399; 6,8%)	Petrópolis (n=1242; 6,5%)
TMC (GH3)	(n=100; 61,3%)	(n=240; 58,5%)	(n=100; 61,7%)	(n=399; 56,8%)	(n=1242; 66,5%)
Só BZD	5,0%(0,7%-9,2%)	0,8%(0,0%-1,6%)	7,0%(2,0%-12,0%)	7,0%(4,5%-9,5%)	2,8%(0,0%-3,7%)
Só ATD	5,0%(0,7%-9,2%)	10,4% (7,4%-13,3%)	4,0%(1,6%-7,8%)	2,3%(0,8%-3,7%)	1,7%(0,0%-2,4%)
ATD+ BZD	4,0% (0,2%-7,8%)	1,7%(0,4%-2,9%)	2,0%(0,7%- 4,7%)	1,3%(0,2%-2,4%)	0,3%(0,0%-0,6%)
TMC (GH5)	(n=69; 42,3%)	(n=160; 39,0%)	(n=66; 44,3%)	(n=242; 34,4%)	(n=918; 49,1%)
Só BZD	5,8%(0,2%-11,3%)	1,2%(0,4%-2,0%)	9,1%(2,2%-16,0%)	7,0%(0,8%-13,1%)	3,4%(0,0% -4,6%)
Só ATD	7,2%(1,1%-13,3%)	13,1%(7,9%-18,3%)	3,0%(1,1%-7,1%)	3,3%(1,0%-7,6%)	1,9%(0,0%-2,8%)
ATD+ BZD	4,3%(0,5%-9,1%)	2,5%(0,8%-4,9%)	3,0%(1,1%-7,1%)	2,1%(1,6%-5,6%)	0,4%(0,0%-0,8%)

ATD= Antidepressivos BZD= Benzodiazepínicos

Discussão

A frequência de uso exclusivo de benzodiazepínicos variou de 0,5 a 5,5% entre as cinco cidades do presente estudo, sendo inferior àquela apresentada no estudo com 350 pacientes em espera por atendimento em uma unidade básica de saúde (UBS tradicional, sem ESF) de Sorocaba, na qual a utilização de benzodiazepínicos foi de 13,3% (NORDON et al, 2009).

Quanto ao uso de antidepressivos, destacam-se os valores próximos de frequência do uso destes psicofármacos encontrados no presente estudo nas unidades de saúde da família de Porto Alegre (4,3%), daquela relatada em estudo recente acerca do consumo de psicofármacos em uma unidade de ESF na mesma cidade, no qual a frequência estimada do uso de antidepressivos ao longo do ano de 2010 foi de 4,6% (ROCHA; WERLANG, 2012).

Um resultado importante constitui a baixa frequência encontrada do uso de psicofármacos, sobretudo de antidepressivos, entre as usuárias com transtornos comuns, mesmo quando utilizado o ponto de corte 4/5 do GHQ, que indica maior gravidade do quadro de TMC. A frequência do uso de psicofármacos antidepressivos ou benzodiazepínicos entre as pacientes com TMC variou de 5,7% (Petrópolis) a 17,3% (Porto Alegre). Como os antidepressivos e benzodiazepínicos constituem a principal estratégia medicamentosa no tratamento dos transtornos mentais comuns, a categoria “Uso de ATD ou BZD” nos oferece uma aproximação da proporção de pacientes em sofrimento mental significativo que está em tratamento medicamentoso. Nesse sentido, a baixa proporção do uso de antidepressivos ou benzodiazepínicos sugere que, em média, menos de 20% dos pacientes com Transtornos Mentais Comuns estejam sendo diagnosticados/tratados no contexto da Atenção Primária a Saúde, oferecendo uma aproximação da magnitude da lacuna de tratamento em saúde mental na atenção primária, no que tange à abordagem medicamentosa.

As categorias “uso exclusivo de antidepressivos” e “uso exclusivo de benzodiazepínicos” nos oferecem, por sua vez, uma aproximação da qualidade do tratamento ofertado, uma vez que o uso exclusivo de antidepressivos vai de encontro ao preconizado nos últimos anos para o tratamento dos transtornos de ansiedade e dos transtornos depressivos, ao contrário do uso exclusivo de benzodiazepínicos, que está associado na literatura à precariedade do cuidado em saúde mental. Nesse sentido, o uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,9% (Petrópolis) a 13,1% em (São Paulo). Não foi encontrado na literatura nenhum outro estudo cujo desenho e aspectos metodológicos permitissem comparações diretas dos resultados. Entretanto, estudo recente realizado com 201 pacientes do sexo feminino atendidas em unidades

básicas de Porto Alegre mostrou que, apesar de 53% das usuárias apresentarem sintomas depressivos, apenas 20% destas estavam em uso de antidepressivos (DANTAS et al, 2012).

Já a frequência do uso exclusivo de benzodiazepínicos varia de 1,2% (IC 95%: 0,0 % - 2,8%), São Paulo, a 9,1% (IC 95%: 2,2%- 16,0%), Fortaleza. Nesse sentido, a magnitude do uso de benzodiazepínicos frente ao uso de antidepressivos na maioria das cidades do presente estudo reforça a necessidade de aprimorar a qualidade do cuidado em saúde mental, reforçando a hipótese de estudos anteriores que síndromes depressivas frequentemente traduzidas em queixas somáticas nas unidades primárias de saúde, ainda estejam sendo subdetectadas ou diagnosticadas e tratadas como síndromes ansiosas (ALMEIDA et al, 1994, VEDIA URGELL et al, 2005; PELISSOLO et al, 2007; RIBEIRO et al, 2007). Essa hipótese é reforçada pelo fato de que na maior parte das vezes os quadros depressivos na APS se manifestam acompanhados de sintomas de ansiedade. (GOLDBERG, 2013).

A alta proporção relativa do uso exclusivo de benzodiazepínicos encontrada, reflete, possivelmente, um caráter crônico no uso desta substância por esta clientela. Isto porque, apesar da cronicidade do uso dos psicofármacos não ter sido avaliada formalmente, o curto período de aferição do presente estudo torna-o mais sensível à captação de usuários regulares destas substâncias em relação aos usuários eventuais

Embora chame atenção a diferença na magnitude e na distribuição do uso dos psicofármacos entre as diferentes cidades de estudo, estas podem refletir diferenças no reconhecimento e do próprio cuidado em saúde mental em cada serviço, tal como as distribuições das principais variáveis socioeconômicas e demográficas associadas ao uso de psicofármacos, ou mesmo os próprios padrões da dispensação medicamentosa. Tal análise e requer futuras investigações mais aprofundadas. É importante ressaltar, entretanto, que no período da coleta de dados da pesquisa realizada em Petrópolis, os psicofármacos ainda não faziam parte da lista de medicações essenciais dispensadas pela atenção primária, ao contrário do período de coleta de dados das outras cidades.

Uma limitação do atual estudo consiste, possivelmente, no fato do critério de escolha das unidades de saúde da família participantes não ter isso aleatório e sim pragmático, o que exige cautela no que se refere à extrapolação das estimativas encontradas. Outro dado importante é que o perfil de uso de psicofármacos entre as mulheres em atendimento em unidades de saúde da família apesar de contribuir para a caracterização da abordagem medicamentosa entre as usuárias da Estratégia de Saúde da Família com Transtorno Mental Comum não reflete necessariamente exatamente o tratamento proposto pelas unidades de saúde da família. Isto porque o tratamento farmacológico foi caracterizado exclusivamente a partir do

autorrelato do uso de psicofármacos e não do registro de prontuários. Nesse sentido, é possível que parte das usuárias destes medicamentos não os utilize exatamente como o prescrito pelo médico que as assiste na Estratégia de Saúde da Família ou que reflita o acompanhamento destas usuárias em outros locais de tratamento em saúde mental (UBS, ambulatório especializado etc.).

Quanto à forma de aferição da morbidade mental, apesar do GHQ-12 não ser um instrumento de avaliação diagnóstica como o DSM IV ou o CID 10, este foi adotado nesta pesquisa visto que muitas vezes o sofrimento mental na atenção primária é acompanhado de comprometimento funcional importante, mas não preenche os critérios para transtorno psiquiátrico nas respectivas escalas diagnósticas. Tal fato se deve, sobretudo, à particularidade da apresentação do sofrimento psíquico na atenção primária, cuja abordagem pelos profissionais da atenção básica é facilitada através do uso de categorias sindrômicas (GOLDBERG, 1994).

Por outro lado, os resultados do presente estudo colaboram para a caracterização do uso de psicofármacos em unidades de saúde da família e, indiretamente, nos trazem dados importantes sobre o tratamento em saúde mental das usuárias em sofrimento mental. Apesar de a importante variação na frequência do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos entre as diferentes cidades de estudo, os resultados apontam para um padrão comum no que se refere ao uso destes psicofármacos em unidades de saúde da família: a baixa proporção de pacientes com TMC em tratamento farmacológico, revelando importante lacuna de tratamento em saúde mental mesmo entre as usuárias assistidas pela Estratégia de Saúde da Família. Paralelamente. O predomínio do uso de benzodiazepínicos frente ao uso de antidepressivos na maioria das cidades de estudo, conforme discutido acima, aponta também para a necessidade de qualificação do cuidado em saúde mental neste contexto.

Nesse sentido, embora exista uma preocupação global sobre a magnitude do uso de psicofármacos na população geral, os resultados apresentados reforçam que a preocupação local deveria ser justamente a oposta, dada a extensa lacuna de tratamento dos Transtornos Mentais Comuns no contexto da Atenção Primária a Saúde. Embora multicêntrico em sua metodologia e abrangência e abarcado dados de importantes cidades brasileiras, este estudo nos revela um retrato “local” ao caracterizar o consumo de psicofármacos no contexto específico da população assistida pela Estratégia de Saúde da Família no cenário brasileiro.

A transposição da preocupação em torno da alta magnitude no uso de psicofármacos em países de alta renda para a realidade da população assistida pela Estratégia de Saúde da Família no contexto nacional reflete a negligência das iniquidades sociais em saúde que atravessam a

população brasileira, Destaca-se, entre os resultados, a alta magnitude da lacuna de tratamento dos Transtornos Mentais Comuns entre usuários que estão utilizando os serviços de atenção primária e o predomínio do uso exclusivo de benzodiazepínicos, marcador da precariedade do cuidado em saúde mental, em parte das unidades investigadas, apontando para a necessidade de ampliar o acesso ao tratamento e qualificar o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns no contexto da atenção primária.

Os resultados também apontam para as limitações da utilização do uso de serviços em saúde como marcados de acesso ao cuidado em saúde mental no contexto local, tal como de dos limites do conceito “Mental Health Gap” em abarcar as complexidades que envolvem o acesso ao cuidado em saúde mental no contexto local.

É de fundamental importância, portanto, estudos locais para melhor caracterização do acesso ao cuidado em saúde mental em diferentes contextos. Outro ponto fundamental, dado os limites das intervenções farmacológicas enquanto únicas estratégias para a redução da lacuna de cuidado em saúde mental em países de alta vulnerabilidade social e a ênfase crescente do próprio Movimento de Saúde Mental Global no papel das intervenções psicossociais, recai sobre a caracterização das lacunas de cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária a saúde para além do uso de serviços e do tratamento farmacológico.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, L.; COUTINHO, E.; PEPE, V. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cadernos de Saúde Pública*, v10. 1994.

ALONSO, J. et al.. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004.

ANDRADE, L. et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*, v7, n2. 2012.

CEPOIU, M. et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis.. *J Gen Intern Med*, v. 23, n. 1. 2008.

DANTAS, G. et al. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos na atenção primária. *Revista HCPA*. 2012.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.8. 2005.

FERNANDO, S. A ‘global’ mental health program or markets for Big Pharma. *Nature*, v. 475. 2011.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petropolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 33 , n. 2. 2011.

FORTES, S.; VILLANO, L.; LOPES, C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 30, n.1. 2008.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, v. 385. 1994.

GONÇALVES, D. et al. Evaluation of mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre and post study. *General Hospital Psychiatry*, v. 35, n. 3, p. 304-308. 2013.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v. 33, 2007.

LIMA, M. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 42. 2008.

Maragno, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22. 2006.

MARI, J. et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. *Psychol Med*, v. 23, n. 2. 1993.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*, v. 15, n. 3. 1985.

MINISTÉRIO DA Saúde; 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. 85 p. 2007.

MIRANDA, C. et al. O Consumo de Psicofármacos no Brasil. In *O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos OMS: Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental*. Rio de Janeiro. 1997.

NORDON, D. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31. 2009.

ORNSTEIN, S.; STUART, G.; JENKINS, R. Depression diagnoses and antidepressant use in primary care practices: a study from the Practice Partner Research Network (PPRNet). *J Fam Pract*, v. 49, n. 1. 2000.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, v.81, n. 8. 2003

RIBEIRO, C. et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *São Paulo Med J* 125(5): 270-274. 2007.

SUMMERFIELD, D. "Global mental health" is an oxymoron and medical imperialism. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, v. 346. 2013.

TESSER, C.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15. 2010.

VEDIA URGELL, C. et al. Study of use of psychiatric drugs in primary care. *Aten Primaria*, v. 36, n. 5. 2005.

WEYERER, S.; DILLING, H. Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *J Clin Epidemiol*, v. 44, n. 3. 1991.

WORLD HEALTH Organization. Integrating mental health into primary health care a global perspective. Geneva: WHO. vii, 170 s. 2008

WORLD HEALTH Organization. Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. 2008, Geneva: WHO. 2008.

Nesta seção, conforme já anunciado anteriormente, antes de apresentarmos, no formato de artigo (artigo 2) os resultados do braço qualitativo da presente pesquisa, apresentaremos o referencial teórico que foi levantado para nortear a investigação da qualidade do cuidado em saúde mental na atenção primária e para delimitar as categorias de análise dos artigos que se segue.

Referencial teórico:

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, realizada entre 6 e 12 de setembro de 1978, em Alma Ata, na atual República do Cazaquistão, demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. A Conferência produziu o consenso de que a APS universal, integral e equitativa era o modelo de atenção qualificado para alcançar um nível de saúde que permitisse à população mundial levar uma vida social e economicamente ativa.

Starfield, uma referência internacional em pesquisa em atenção primária, iniciou o desenvolvimento da formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade,

integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária, foram definidos como atributos da qualidade do modelo de atenção. (Starfield, 2002).

No cenário brasileiro, os atributos destacados por Starfield, refletem-se na orientação da Atenção Básica no Brasil. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) tem na Estratégia de Saúde da Família a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica. Segundo a PNAB, a Atenção Básica se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Embora não se utilize do termo competência cultural tal como faz Starfield (2002), a PNAB destaca a importância de que a atenção básica considere o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, considerando as especificidades locais regionais.

Um dos principais pilares da transformação proposta pelo Programa de Saúde da Família consiste na integralidade da atenção e no cuidado à família (Pinheiro, 2001), apontada por alguns autores como princípio fundamental para o cuidado qualificado em saúde, envolvendo questões como o cuidado, o acolhimento e a visão ampliada da saúde e das necessidades de seus usuários para além do olhar biomédico fragmentado.

Segundo Mattos (2001), a integralidade se reflete no encontro entre o profissional de saúde e seu usuário, na busca por uma resposta ao sofrimento do paciente para além das demandas explícitas, indo além do seu sistema biológico para o reconhecimento de suas necessidades em saúde e propondo intervenções que não se traduzam na exposição ao consumo de bens e serviços. O reconhecimento das demandas da população, tal como o vínculo entre profissional e usuário também são destacados por Campos (2005) como fundamentais para a qualidade do cuidado na atenção primária a saúde.

Destaca-se, portanto, o conceito de cuidado em contraposição ao consumo de serviços, apontando para a necessidade de que as práticas de saúde coloquem o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. Nesse sentido, toma-se a noção de cuidado como uma ação integral, com significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito, a partir de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008).

Estudos realizados no contexto da consolidação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, no entanto, apontam para as dificuldades na efetivação real do princípio da

integralidade nos serviços de saúde, devendo esta ser perseguida pelos profissionais de saúde prática diária de seu trabalho. A tendência em repetir o velho modelo de atendimento “pronto” e centrado na medicalização da saúde e da vida pode ser observada inclusive em unidades de saúde da família, apontando a necessidade de mudanças que consigam alterar o próprio processo de trabalho desenvolvido em seus diversos arranjos organizacionais. (CAMPOS, 2008).

Ao longo do processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família estudos apontam para a resistência dos próprios usuários dos serviços de saúde às mudanças do modelo de atenção, cuja expectativa em relação ao cuidado em saúde pode refletir a tradição do modelo “queixa-conduta” dos ambulatorios tradicionais, “Atendimento rápido, sempre por médico, com muitos remédios, muitos exames e encaminhamentos para diferentes especialistas”, sintetiza o já tradicionalmente denominado modelo “queixa-conduta”, ainda muito presente no dia a dia dos serviços. (CAMPOS, 2008; SCHRAIBER, 2000; MENDES-GONÇALVES, 1994; SCHRAIBER, 1990)

Segundo Costa (2000) O cuidado psicossocial é marcado pelos fundamentos epistemológicos que orientam a reforma psiquiátrica, propondo uma nova forma de cuidado em saúde mental em contradição ao modelo asilar. O modelo psicossocial propõe que fatores políticos, biopsíquicos e socio-culturais sejam tomados como determinantes das doenças. Dessa forma, as terapias deixariam de estar centradas no medicamento, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, podendo este ser ampliado para a família e para a comunidade na qual o sujeito se insere. Na organização do serviço, destaca-se o trabalho interprofissional e a horizontalização do cuidado, superando o formato “linha de montagem” das equipes multiprofissionais clássicas e fomentando a descentralização do cuidado, com propostas de participação popular e com ênfase na dimensão ética das práticas realizadas. Prioriza-se, em contraposição ao modelo asilar, o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território.

Alguns autores apontam que por ter a população adscrita em base territorial e com o cuidado longitudinal pautado pelo vínculo, a Estratégia de Saúde da Família constituiria uma estratégia adequada para trabalhar a Saúde Mental na Atenção Primária (PEREIRA et al., 2007; VECCHIA; MARTINS, 2009), tendo um papel central na construção de um novo modelo de cuidado. A horizontalização do cuidado e o trabalho interprofissional, buscando a construção compartilhada do cuidado em saúde mental entre diferentes profissionais na produção de saúde apresentadas na definição de cuidado psicossocial, são conceitos-chave para o matriciamento em saúde mental, modelo de integração da saúde mental à atenção

primária no Brasil formulado por Gastão Wagner (1999) e norteador de experiências em saúde mental na atenção primária nos últimos anos.

Como podemos ver, tanto o campo da saúde mental (cuidado psicossocial) quanto o campo da atenção primária têm como base o cuidado comunitário, incluindo na abordagem terapêutica do usuário a família e a própria comunidade. Outro ponto em comum é a forma ampliada de compreensão do processo de saúde e doença, com o entendimento da importância dos determinantes sociais em saúde para as questões de saúde mental, tal como a proposta de intervenções terapêuticas para além da medicação e do indivíduo, incluindo intervenções coletivas pautadas no território. Reconhece-se no cuidado psicossocial algumas premissas do modelo de cuidado proposto pela Estratégia de Saúde da Família, entre eles a integralidade da atenção, a participação social, a ampliação do conceito de saúde doença, a interdisciplinaridade do cuidado e a territorialização das ações (NUNES; VALENTIN, 2007)

A constituição do cuidado integral no cuidado em saúde mental na atenção primária, por sua vez, implica que as práticas em saúde mental na atenção básica estejam associadas às demais ações em saúde da atenção básica. Este é um ponto fundamental, evitando que a demanda em saúde mental seja abordada pelos profissionais da atenção básica separadamente das outras questões de saúde, criando uma agenda “paralela” para as questões de saúde mental.

Para a corrente francesa da psiquiatria comunitária, a prática da saúde mental na atenção básica implica: estar associada às demais ações da atenção básica; assegurar o bem-estar da comunidade do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; o trabalho em rede, a utilização de novas abordagens em saúde, agregar profissionais com diferentes formações, considerar as características do território e implicar a comunidade no cuidado (INPES, 2007).

A partir da revisão da literatura, portanto, podemos reconhecer pontos em comum no que tange o modelo de cuidado proposto pela Estratégia de Saúde da Família e pela Atenção Psicossocial, entre os quais destacam-se: o modelo ampliado saúde-doença, a valorização do vínculo e acolhimento o cuidado integral e interdisciplinar, o trabalho em rede, com intervenções coletivas e com a participação da comunidade.

6.2 ARTIGO 2 “Um olhar qualitativo sobre a qualidade do cuidado aos Transtornos Mentais Comuns em unidades de saúde da família”

Resumo

Introdução: A integração da saúde mental e a atenção primária a saúde representa uma das principais estratégias para a ampliação do cuidado em saúde mental pelo Movimento de Saúde Mental Global. Pesquisas antropológicas em saúde mental global apontam para os limites modelo biomédico e da intervenção medicamentosa como principal estratégia de enfrentamento aos TMC em cenários de elevada vulnerabilidade social, apontando para importância do desenvolvimento de intervenções psicossociais que abarquem os determinantes sociais de saúde, com a participação da comunidade. **Objetivos** O presente artigo tem como objetivo explorar as lacunas que envolvem o cuidado em saúde mental na atenção primária para além do tratamento farmacológico no cotidiano das unidades de atenção primária, investigando a qualidade do cuidado em saúde mental neste contexto e sua relação com o campo da saúde mental global. **Método:** Realizou-se uma síntese qualitativa de estudos empíricos conduzidos no campo da atenção primária que abarcassem a percepção de diferentes profissionais de saúde, dos usuários e dos familiares do cuidado em saúde mental neste contexto. A revisão teve como fonte de dados parte do banco de artigos criado para a produção do artigo “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa”, da qual a pesquisadora é uma das autoras. **Conceitos-chave** para guiar a análise dos artigos foram delimitados a partir da revisão da literatura sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, destacando-se: modelo saúde-doença, vínculo e acolhimento cuidado integral e interdisciplinar, o trabalho em rede, com intervenções coletivas e com a participação da comunidade. **Resultados** Os resultados revelam a percepção dos profissionais de saúde e dos próprios usuários das potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária. A efetivação do cuidado ampliado em saúde mental, entretanto, encontra-se comprometida no cotidiano dos serviços, com lacunas importantes envolvendo a integralidade, interdisciplinaridade e longitudinalidade do cuidado. Os estudos apontam para práticas de cuidado ainda centradas no modelo biomédico, nos atendimentos individuais e nas intervenções farmacológicas, distanciadas de das raízes psicossociais dos TMC. A sobrecarga dos profissionais de atenção básica, com condições precárias de trabalho e a alta rotatividade dos

profissionais de saúde comprometem a longitudinalidade do cuidado, essencial para o desenvolvimento do vínculo salutar e para o desenvolvimento de projetos terapêuticos. A adversidade social e o estigma foram percebidos como importantes barreiras ao cuidado longitudinal no contexto local, dialogando com importantes publicações da Saúde Mental Global. Conclusão A síntese dos artigos aponta para lacunas importantes no que tange à qualidade do cuidado em saúde mental na atenção primária. O matriciamento em saúde mental é visto como uma ferramenta potente para a integração da saúde mental na atenção primária e para a qualificação do cuidado em saúde mental neste contexto, porém encontra importantes desafios para a sua consolidação no contexto local, entre elas a mudança de paradigma do papel do profissional de saúde mental neste cenário e a própria efetivação do modelo de cuidado proposto pela ESF nas práticas de atenção primária. O modelo de atendimento voltado para urgências, com a pressão pelo atendimento da demanda espontânea contribui para a precarização e fragmentação do cuidado. Futuras pesquisas devem ser realizadas para explorar o papel da adversidade social e do estigma enquanto barreiras ao cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: qualidade do cuidado, transtornos mentais comuns, saúde mental global

Abstract

Introduction: The integration of mental health and primary health care represents one of the main strategies for the expansion of mental health care by the Global Mental Health Movement. Anthropological research in global mental health points to the limits of the biomedical model and drug intervention as the main strategy for coping with Common Mental Disorders in high social vulnerability scenarios, pointing to the importance of developing psychosocial interventions that encompass the social determinants of health, with the community participation. **Objectives** This article aims to explore the gaps that involve mental health care in primary care beyond the pharmacological treatment in the daily life of primary care units, investigating the effectiveness of mental health care in this context and its relationship with Global Mental Health **Method:** A qualitative synthesis of empirical studies conducted in primary care, units, was carried out, embracing perception of different health professionals, service users their families of mental health care provided at this secenario.. **Key**

concepts to guide the analysis of the articles were delimited from the literature review on mental health care in primary care, including: health-disease model, bonding, interdisciplinary care, networking, collective interventions and community participation Results The articles reveal the perception of health professionals and users themselves of the potential of mental health care in primary care, highlighting the role of bonding and embracement in mental health care, The realization of extended care in mental health, however, is compromised in the daily life of services, with important gaps involving comprehensiveness, interdisciplinarity and longitudinality of care. The studies point to care practices still centered on the biomedical model, on individual care and on pharmacological interventions and away from their psychosocial roots, such as that presented in other references in the literature. The overload of primary care professionals, with precarious working conditions and the high turnover of health professionals compromise the longitudinality of care, which is essential for the development of a healthy bond and for the development of therapeutic projects, as well as to development of psychosocial interventions..Social adversity and stigma were perceived as important barriers to longitudinal care in the local context, dialoguing with others publications on Global Mental Health Conclusion The research reveals important gaps regarding expanded mental health care in primary care. Matrix support in mental health is seen as a powerful tool for on the ntegration of mental health in primary care and for the qualification of mental health care in this context, but it also encounters important barriers to its consolidation in the local context.

Introdução

Até poucos anos atrás, em países de baixa e média renda, os transtornos mentais eram diagnosticados e tratados em unidades hospitalares ou em clínicas especializadas. Nesse contexto, indivíduos com Transtornos Mentais Comuns, representando boa parte de carga global de doença mental, mantinham-se sem tratamento. A integração da saúde mental com a atenção primária e a ênfase no cuidado não especializado são destacadas entre as principais estratégias de ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental pelo movimento de saúde mental global, a fim de reduzir a lacuna de tratamento. (LANCET, 2007).

No contexto nacional, observamos nos últimos anos o fortalecimento da atenção primária com a rápida expansão da Estratégia da Saúde da Família. Conceitualmente, a ESF representa um novo modelo de cuidado, tendo como destaques o vínculo e a

corresponsabilidade das equipes com os usuários e com a comunidade, favorecendo o acompanhamento longitudinal, tão importantes para o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, permite a intervenção em situações que transcendem a especificidade da doença e que têm efeitos determinantes nas condições de vida e saúde dos indivíduos, de suas famílias e de sua comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Apesar de possuir um sistema de saúde estruturado que tem na universalidade um dos seus principais períodos, o acesso universal, eficiente eficaz e efetivo aos serviços de saúde é um processo em construção. Esta também é uma realidade no cuidado em saúde mental, que hoje tem na atenção primária a sua principal porta de entrada, atuando como ordenadora da rede de cuidados, integrando o trabalho dos profissionais da atenção primária com outros níveis de atenção e com outros setores, acompanhando o usuário ao longo de sua vida (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O Movimento de saúde mental global utiliza-se do constructo “Mental Health Gap” ou “Lacuna de tratamento em saúde mental” para validar a importância da ampliação do cuidado em saúde mental em termos globais, tendo na integração entre a saúde mental e a atenção primária uma de suas principais estratégias. A lacuna de tratamento, como vimos, utiliza fundamentalmente a noção de uso de serviços como “termômetro” para avaliação do acesso aos cuidados em saúde mental em diferentes contextos.

No contexto nacional, entretanto, observa-se uma tendência na Saúde Coletiva de ampliação do conceito de acesso, deslocando o seu eixo principal da entrada e uso dos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. O acesso efetivo, portanto, implicaria um uso de serviços que melhora as condições de saúde e que depende da satisfação das pessoas com os serviços. Neste sentido, o acesso ao cuidado não se abarca o simples uso do serviço, como também depende da qualidade do cuidado ofertado (TRAVASSOS et al, 2004). Segundo Silva e Formigli (1994), a avaliação dos serviços de saúde deve aferir não somente sua efetividade técnica, mas também a efetividade psicossocial, dada a partir da satisfação de usuários e profissionais de saúde do cuidado desenvolvido.

O cuidado estrutura-se, fundamentalmente, no vínculo entre o profissional da saúde e seu usuário, no reconhecimento de suas necessidades em saúde para além dos sinais e sintomas apresentados durante a consulta e na construção de um projeto terapêutico que não se restringe ao consumo de bens e serviços, tal como a renovação de psicofármacos ou o encaminhamento para profissionais especializados em saúde mental. O reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, por sua vez, depende da capacidade de acolhimento da equipe de saúde, a

qual estrutura-se não somente através da postura ética, empática e respeitosa dos profissionais de saúde, como também questões de organização e prática do trabalho.

A proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que sirvam de elo entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades de cuidado, incluindo vários profissionais de saúde, retirando a figura do médico do papel central no cuidado, promovendo uma ampliação da clínica que permita outras formas de abordagem diante da demanda dos usuários para além do cuidado biomédico. Trata-se, portanto, de uma difícil missão, que depende de uma escuta qualificada e individualizada e uma prática profissional que reforce o trabalho interdisciplinar. Somente a partir do trabalho interdisciplinar e da longitudinalidade do cuidado, é possível construir, a partir do contato com contexto da vida dos usuários, uma abordagem ampliada destes problemas, abarcando elementos de sua vida social e familiar (TESSER et al, 2010).

O estabelecimento da atenção primária como principal porta de entrada para as questões de saúde mental e ordenador da rede de cuidados, estaria, na prática cotidiana dos serviços, ampliando o acesso efetivo ao cuidado em saúde mental? O uso de serviços de saúde, no contexto da atenção primária brasileira, é um bom termômetro para a avaliação do acesso aos cuidados em saúde mental?

Nesse sentido, o presente capítulo, em formato de artigo, tem como objetivo explorar qualitativamente as lacunas que envolvem a qualidade do cuidado em saúde mental na atenção primária no cotidiano das unidades de atenção primária e sua relação com o campo da saúde mental global.

Metodologia

A síntese qualitativa foi conduzida utilizando como referencial metodológico a síntese temática tendo como base o trabalho de Thomas e Harden (2008) para integrar e interpretar resultados de diferentes estudos qualitativos para a abordagem de temas em que a evidência é sobretudo descritiva e cuja questão de pesquisa envolve a percepção e as experiências de indivíduos. O desafio, no caso, é sintetizar os estudos qualitativos, sem comprometer a complexidade e o contexto de cada estudo. A meta-síntese é uma integração que vai além da soma de suas partes, oferecendo uma nova interpretação dos resultados que só é possível a partir de inferências resultantes do conjunto de trabalhos desenvolvidos e não em um artigo

específico. Por ter como foco a interpretação e não a predição, a revisão da literatura não deve ser exaustiva, mas ampla o suficiente para captar a complexidade do fenômeno em investigação (SANDELOWSKI, 1977).

O presente artigo apresenta uma síntese de estudos qualitativos sobre as práticas locais de cuidado em saúde mental na atenção primária e sua relação com o campo da saúde mental global. Para tal, retoma parte da base de dados do artigo publicado pelo grupo de pesquisa em saúde mental global. “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa”. A base de dados original foi construída para avaliar como a produção acadêmica brasileira aborda os principais conceitos do Movimento de Saúde Mental Global: acesso, atenção primária, determinantes sociais de saúde, direitos humanos, equidade e evidência. Optou-se por retomar esta base de dados para responder à pergunta de pesquisa uma vez que esta tese de doutorado está inserida no grupo de pesquisas em Saúde Mental Global e por compreender que o paralelo entre o local e o global é mais importante para esta pesquisa do que esgotar todas as referências sobre o tema. Além disso, compreende-se que o diálogo crítico com o campo da Saúde Mental Global é indispensável para o desenvolvimento de programas e ações locais para a qualificação do cuidado em saúde mental na atenção primária.

Construção da base de dados original

Para realizar o mapeamento inicial do campo e identificar a produção científica brasileira, foi realizada a busca explicitada no quadro 1. As palavras-chave referiam-se aos principais tópicos enfatizados por Patel (2012) ao defender uma estratégia de ação para o campo da SMG: acesso; atenção primária (mais as variantes atenção básica e saúde da família); determinantes sociais da saúde (DSS; direitos humanos; equidade e evidência. Então, utilizando tais descritores combinados às palavras-chave ‘saúde mental’ e ‘Brasil’, realizou-se nova etapa de busca no modo “busca avançada” nos campos título, resumo e assunto, nos idiomas português e inglês.

Quadro 1

ESTRATÉGIA DE BUSCA			
IDIOMA	PALAVRA-CHAVE 1	PALAVRA-CHAVE 2	PALAVRAS-CHAVE 3
PORTUGUÊS	Saúde Mental +	Brasil +	- Acesso
			- Atenção primária (e suas variantes)
			- Determinantes sociais da saúde
			- Direitos humanos
			- Equidade
			- Evidência
INGLÊS	Mental Health +	Brazil +	- Access
			- Equity
			- Evidence
			- Human rights
			- Primary care
			- Social determinants of health

Com a estratégia de busca definitiva foram encontrados mais de 3.000 artigos que, após a eliminação de repetições, foram reduzidos a 996 que, após serem submetidos a filtro temporal no período de janeiro de 2014 a outubro de 2015, e exclusão de teses, monografias, capítulos de livro e artigos cujos conteúdos não estavam disponíveis ou não eram pertinentes a temática do estudo, resultado em um total de 96 artigos.

Para orientar a apreciação conceitual dos artigos, foram tomados como categorias de análise alguns dos mesmos aspectos do campo da SMG utilizados na etapa anterior do levantamento da bibliografia: acesso, atenção primária, determinantes sociais da saúde, direitos humanos, equidade. Além desses, atenção psicossocial foi incluída por ser considerada, a partir da leitura dos resumos, relevante como categoria de análise.

Essas categorias guiaram o processo de análise que ocorreu em duas etapas: abrangente e específica. Na primeira etapa, o grupo de pesquisadores foi dividido em duplas de trabalho e o conjunto dos artigos foi aleatoriamente distribuído entre as duplas. Cada dupla de pesquisadores analisou os artigos quanto à presença ou ausência das categorias no foco principal ou na discussão dos resultados, redigindo também uma síntese dos principais argumentos dos artigos encontrados para cada categoria positivada.

Construção da base de dados da pesquisa atual

A presente pesquisa retomou esta mesma base de dados, selecionando entre o corpo total de artigos aqueles positivados na categoria “atenção primária”, isto é, aqueles entre os 96 artigos da base de dados do artigo original que, após a avaliação de uma dupla de pesquisadores

conforme já descrito, abarcavam a temática da atenção primária como seu foco principal ou na discussão dos resultados, contabilizando um total de 25 artigos.

Após nova apreciação da autora dos 25 artigos que abarcavam a categoria “atenção primária”, foram selecionados entre estes o que fossem pertinentes a questão de pesquisa. Como o foco do trabalho em questão recaiu sobre as práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária, foram selecionados estudos qualitativos de natureza exploratório-descritiva que tivessem como fonte de dados a pesquisa de campo, abarcando tanto a perspectivas dos profissionais de saúde, usuários dos serviços e de seus familiares do cuidado ofertado nas unidades de atenção primária, resultando em um total de sete artigos. Foram excluídos estudos epidemiológicos e ensaísticos, tal como estudos de revisão. Os artigos foram caracterizados quanto ao local da pesquisa de campo, população de estudo e metodologia de estudo, conforme apresentado abaixo.

Os dados foram extraídos e sintetizados de acordo com a questão de pesquisa, isto é, explorando as barreiras e facilitadores do cuidado em saúde mental na atenção primária. Para guiar a análise dos artigos, utilizou-se os conceitos-chave desenvolvidos na etapa anterior: processo de saúde e doença, acolhimento e vínculo, o cuidado longitudinal, a integralidade e interdisciplinaridade do cuidado, o cuidado comunitário/ abordagem familiar. Os resultados foram discutidos e contextualizado dentro do campo da Saúde Coletiva e do campo Saúde Mental Global.

Quadro 2 -Construção da base de dados do presente trabalho

96 artigos que serviram como base de dados para o artigo “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa”



25 artigos que abarcavam a categoria “atenção primária” segundo a análise de pares na construção do banco de dados primário



7 artigos pertinentes a questão de pesquisa, de metodologia qualitativa e de base empírica

Caracterização da base de dados.

Os sete artigos qualitativos analisados na íntegra trazem como sujeitos de pesquisa diferente atores: Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Médicos, agentes comunitários de saúde profissionais de saúde mental em função de apoio aos Núcleos de Saúde da Família, familiares de usuários em acompanhamento em saúde mental pela Estratégia de Saúde da família e usuários em acompanhamento em saúde mental.

Os autores são filiados em sua maioria aos Departamentos de Saúde Coletiva de Universidades Federais, havendo um predomínio de produções oriundas do sudeste, mas precisamente do estado de São Paulo (USP Ribeirão Preto, Unifesp- Santos, Santa Casa de São Paulo) e da região sul (UFSC, UFRGS, Universidade Federal de Santa Maria), havendo somente um estudo da região nordeste (UFBA) e nenhuma produção na região centro-oeste e nordeste. As revistas contempladas foram: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, *Ciência &Saúde Coletiva*, *Psicologia Ciência e Profissão*, *Saúde e Debate* e *Revista Gaúcha de Enfermagem*.

O método mais utilizado para a coleta de dados recaiu sobre as entrevistas estruturadas, seguidos por grupos focais, observações sistemáticas e relato de experiência. Os trabalhos de campo foram conduzidos em unidades de saúde da família, exceto o estudo que avaliou a percepção dos usuários do cuidado em saúde mental ofertado, abarcando também unidades básicas de saúde. As unidades de saúde pertenciam a municípios de médio e grande porte, como Florianópolis, Guarulhos – SP, Salvador, Porto Alegre, Guarujá, Santa Maria, Ribeirão Preto.

A maioria dos artigos apresentava uma dimensão avaliativa do cuidado em saúde mental na atenção básica, entretanto cada um com um enfoque específico: avaliação das práticas assistenciais na atenção básica e sua aproximação com o cuidado psicossocial, a avaliação do projeto terapêutico singular no trabalho dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e articulação com outros dispositivos, o trabalho em rede, a satisfação do usuário, a percepção dos familiares do cuidado em saúde mental ofertado pela estratégia de saúde da família, a construção do cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde.

Os artigos contemplam todos os atores da atenção básica, incluindo o agente comunitário de saúde, permitindo uma meta-síntese que congregue as diferentes percepções do cuidado em saúde mental e abarque diferentes vivências da lacuna de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns.

Quadro 3- Estudos qualitativos sobre as práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária

AUTOR/ ANO DE ESTUDO	FONTE E COLETA DE DADOS	CONTEXTO DO ESTUDO	FOCO DO ESTUDO	RESULTADOS PRINCIPAIS
Frosi e Tesser, 2015 práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde:	entrevistas com gestores, profissionais da atenção primária, profissionais do NASF e usuários	9 equipes de ESF de Florianópolis	Avaliar até que ponto as práticas de cuidado estão alinhadas com o cuidado psicossocial	Atendimento centralmente médico e farmacológico. Abordagem psicossocial subutilizada.
Wetzel et al, 2014 “A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família”	Entrevistas com 16 trabalhadores da atenção primária e familiares	Unidade de saúde da família de Porto Alegre	Discutir a rede de atenção em saúde mental a partir do cotidiano de uma unidade ESF	Apesar da presença de recursos importantes, o cuidado está embasado no especialismo e ótica de encaminhamento
Frateschi e Cardoso, 2014 Saúde Mental na Aps: avaliação na ótica dos usuários	Realizados grupos focais com usuários da ESF e UBS (13 usuários)	Unidade Básica de Saúde e unidade de ESF em Ribeirão Preto	Explorar a avaliação dos usuários do cuidado em saúde mental ofertado	Usuários apontam a necessidade de escuta qualificada, além de cuidado humanizado, longitudinal e integral. Lacuna entre as ações em saúde mental e a APS
Santos e Nunes, 2014. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?	3 Grupos focais com agentes comunitários de saúde, toalizando 18 ACS na função em médica há 10 anos.	Trabalhadores de unidades de ESF e de equipes do PACS em Salvador – Bahia	Descrever o conhecimento do ACS acerca da produção de cuidado aos transtornos mentais	Os conhecimentos construídos, quando sistematizados e refletidos, são potentes para a produção de práticas de cuidado psicossocial
Hori e Nascimento 2014 O PTS e as práticas de saúde mental nos NASF de Guarulhos (SP)	Entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde mental no NASF e observação sistemática do apoio matricial, reuniões de equipe e com outros setores	Equipes de 4 núcleos de apoio a saúde da família de Guarulhos	Analisar a elaboração de PTS pelas equipes de saúde mental dos NASF e o trabalho rem de	O PTS nos NASF esbarra em obstáculos relacionados à indefinição do objeto de trabalho, precariedade das condições de trabalho e sobreposição de funções

Cezar Kurt, Rodrigues e Arpini, 2015 “A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional”	Relato de experiência-vivências da residência multiprofissional	Serviços de ESF em unidade de SF situada no interior do Rio Grande do Sul	Apresentar a inserção da psicologia em serviços de ESF	Ampliação da atuação da psicologia na área da saúde pública. Necessidade de superação do modelo tradicional de atuação do psicólogo.
Gazinato e Silva, 2014 “Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na ESF”	Entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados dez profissionais, sendo cinco enfermeiras e ACS, das 11 equipes de saúde da família.	e Unidades de Saúde da Família do município do Guarujá-SP	perspectiva de enfermeiros e agentes comunitários de saúde do cuidado em saúde mental, matriciamento e trabalho em rede.	O matriciamento em saúde mental como uma possibilidade de fortalecer o cuidado no território.

Análise de dados

Os estudos foram lidos e relidos pela pesquisadora em diferentes momentos, a fim de captar os estudos como um todo, com a elaboração de sucessivos resumos, reunindo os resultados e os tornando acessíveis à pesquisadora. Através da organização dos resultados, foram identificadas progressivamente as relações entre os estudos, identificando temas comuns e as diferenças entre os estudos, dividindo por áreas similares a analisando a relação dos trabalhos com os conceitos-chave previamente definidos. Dessa forma, foi elaborado um texto que abarcasse o conjunto dos resultados, porém sem desconsiderar o contexto de onde se originaram, relacionando-os com as categorias de análise definidas previamente para a nortear a reflexão em torno do cuidado aos Transtornos Mentais Comuns.

Resultados

O processo saúde-doença e o modelo de cuidado em saúde mental

Nos artigos analisados, os psicofármacos ainda desempenham um papel central no cuidado em saúde mental na atenção primária. Mesmo em unidades situadas em grandes cidades em que a Estratégia de Saúde da família está bem estabelecida e que contam com o apoio do NASF, como na rede de Florianópolis, observa-se uma ênfase no tratamento farmacológico, muitas vezes dissociado de espaços de escuta ou outras formas de cuidado (FROSI; TESSER, 2015). Em estudo realizado em unidades de atenção primária em um município de médio porte, em Ribeirão Preto, destaca-se a medicalização do cuidado em saúde mental, com a ênfase na remissão dos sintomas (PHYSIS, 2014). Em estudo avaliativo realizado em unidades de Saúde da Família de Juazeiro do Norte, Ceará, mesmo com suporte do NASF, destacou-se a o foco na concepção biomédica da saúde mental, focado no indivíduo e no agravamento à saúde, afastando-se do cuidado integral e comunitário preconizado pela Estratégia de Saúde da Família e pela Saúde Mental (MARTINS et al, 2015). Destaca-se também o papel ainda central do médico no cuidado em saúde mental, delegando aos profissionais de enfermagem e os agentes

comunitários de saúde o acesso e monitoramento dos casos (FRATECHI; CARDOSO, 2014; FROSTI; TESSER, 2015)

Apesar dos estudos apontarem para o reconhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária da íntima relação do sofrimento mental e os determinantes sociais em saúde, tal como com contexto familiar, este conhecimento pouco resultou em práticas e intervenções que contemplassem a família e o território. (HORI; NASCIMENTO, 2014).

Um dos estudos destacou a impotência dos profissionais de saúde frente às questões sociais, além de uma desresponsabilização diante desta demanda, com a percepção ainda frequente entre os profissionais de saúde de que as questões sociais não lhes caberiam. (HORI; NASCIMENTO, 2014).

A renovação de receitas controladas se apresentou como uma demanda comum nas unidades estudadas, sendo esta frequentemente operada pela equipe de enfermagem, e em geral não acompanhada de uma avaliação cuidadosa do paciente, favorecendo a cronificação do cuidado em saúde mental. Em unidades em que o cuidado em saúde mental está mais estruturado, como na rede municipal de Florianópolis, tal prática esteve restrita a períodos de alta rotatividade ou falta de médicos, assim como diante de pacientes crônicos em que o intervalo entre as reavaliações médicas naturalmente se alarga (FROSSI; TESSER, 2015).

Embora nos estudos analisados não tenham apontado para dificuldades na renovação de receitas controladas, o acesso aos psicofármacos foi apontado como uma barreira para o cuidado qualificado em saúde mental, sendo frequentes descontinuações no fornecimento de psicofármacos nas farmácias das unidades de atenção básica. Consequentemente, dada a vulnerabilidade social desta clientela, interrupções do tratamento medicamentoso tornam-se frequentes, favorecendo recaídas dos sintomas e a cronificação dos transtornos mentais, além de comprometer a qualidade do cuidado em saúde mental neste contexto (GAZINATO; SILVA, 2014).

Outro dado importante revelado nos artigos analisados é que, tal como os profissionais da atenção básica, os próprios usuários percebem o cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária excessivamente pautado na abordagem biológica, com intervenções centradas no diagnóstico, na medicação e remissão dos sintomas (FRATECHI; CARDOSO, 2014).

Acolhimento/vínculo/cuidado longitudinal

Entre os estudos analisados, destacou-se o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários como uma das principais potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção básica e essencial para a efetivação do acolhimento em saúde mental). Nesse sentido, o vínculo é o que sustenta o acolhimento como espaço de catarse e apoio, proporcionando um espaço de reflexão e de construção de um cuidado não centrado necessariamente em um medicamento. (FROSSI; TESSER, 2015)

Destaca-se, entretanto, no cotidiano dos serviços, uma perda na continuidade do processo de escuta e acolhimento, o qual fica muitas vezes restrito ao momento de chegada do usuário na unidade, talvez pela necessidade de se estabelecer um diagnóstico e o desenvolvimento de um projeto terapêutico. Na ausência de grupos terapêuticos, o contacto dos usuários com as equipes muitas vezes fica restritos ao momento de renovação da medicação, prejudicando a continuidade do processo de escuta e o vínculo com a unidade (FROSSI; TESSER, 2015).

O papel do vínculo também é reforçado nos artigos que avaliam a percepção dos usuários do cuidado, os quais reconhecem na equipe de saúde da família uma fonte de suporte emocional diante de situações de crise e agudização de sofrimento, reforçando por outro lado, dificuldades das equipes um suporte para além das demandas emergenciais, com comprometimento do cuidado longitudinal. Entre os usuários atendidos em unidades básicas de saúde, por outro lado, destacou-se a percepção de “abandono” diante da falta de responsabilização dos profissionais de saúde da atenção primária pelas queixas de saúde mental, com encaminhamentos frequentes a outros serviços. (FRATECHI; CARDOSO, 2014)

A fragilidade do acompanhamento longitudinal também foi destacada em um estudo sobre a percepção do cuidado de familiares de usuários em sofrimento mental acompanhados por uma unidade de saúde da família em Porto Alegre. Embora os familiares reconheçam nos profissionais da atenção primária uma fonte de apoio emocional, estes apontam “limites” para este acolhimento, em geral restrito a um atendimento pontual. (WETZER et al, 2014). O estigma foi apontado como uma barreira ao acompanhamento em saúde mental pelos próprios usuários em acompanhamento em saúde mental pela estratégia de saúde da família (FRATECHI; CARDOSO, 2014).

O trabalho em rede/ cuidado comunitário e familiar

Nos estudos analisados, as experiências de trabalho em rede foram vistas de forma positiva pelos profissionais da atenção básica, porém de difícil consolidação no cotidiano do trabalho nas unidades de atenção primária, revelando falhas de comunicação e perda na continuidade das ações. Destaca-se tanto na fala dos profissionais da atenção básica, quanto nas falas dos profissionais de saúde das equipes de apoio a saúde da família (HORI; NASCIMENTO, 2014), as dificuldades de articulação da ESF com a rede psicossocial e a rede intersetorial de cuidado.

Os estudos também apontam um desconhecimento das equipes de atenção básica sobre a rede de atenção psicossocial, ficando seu contato restrito aos Centros de Atenção Psicossocial. Na relação com este dispositivo, por sua vez, as equipes de atenção primária se sentem pouco apoiadas e se queixam da falta de uma retaguarda em relação ao cuidado em saúde mental (WITZEL et al, 2014; HORI et al, 2014).

A dificuldade do trabalho em rede, reflete-se na supervalorização de encaminhamentos para serviços especializado em saúde mental. Em um dos estudos analisados, o encaminhamento efetivo para uma unidade especializada foi percebido pelos agentes comunitários de saúde como sinônimo de eficiência no cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária, oferecendo uma rápida “resposta” ao problema trazido pela família de determinado usuário. (SANTOS; NUNES, 2014). Em estudos realizados em regiões caracterizadas por uma rede de cuidado frágil, ou marcadas pela ausência de Centros de Atenção Psicossocial no território, o hospital psiquiátrico ainda desempenhava um papel central no cenário das ações em saúde mental, sobretudo em contextos de crise (WETZER et al, 2014). A fragmentação do cuidado em saúde mental e a necessidade de maior articulação entre os serviços da rede também se faz presente no discurso dos próprios usuários em acompanhamento em saúde mental em unidades de atenção primária (FRATSCHI et al, 2014).

A interdisciplinaridade e integralidade do cuidado

Nos estudos analisados, a percepção de isolamento diante de demandas complexas de saúde mental aparece não somente na fala dos profissionais da atenção básica, mas também entre os próprios profissionais do NASF, refletindo a fragilidade do compartilhamento dos casos e às dificuldades do trabalho em rede. (GAZINATO; SILVA, 2014; HORI; NASCIMENTO, 2014).

Em um estudo sobre a inserção de profissionais da psicologia na residência multiprofissional em equipes de atenção primária em que não havia NASF, observou-se a expectativa tanto dos profissionais de saúde quanto da população assistida de atendimentos psicológicos individuais a esta clientela, sem a participação da equipe de saúde da família. Esta expectativa reflete uma percepção ainda comum entre os profissionais de saúde de que ‘psicologia só faz saúde mental e saúde mental é responsabilidade da psicologia’, desresponsabilizando-se pelo cuidado em saúde mental e o isolando do cuidado em saúde como um todo, fragilizando o cuidado integral e interdisciplinar. Esta fragilidade se revela também em encaminhamentos frequentes para serviços especializados de saúde mental (FROSTI; TESSER, 2015).

Em outros estudos em que o matriciamento encontra-se mais estabelecido, evidenciou-se dificuldades de articulação entre as equipes, na construção de projetos terapêuticos singulares que envolvam a corresponsabilização entre diferentes equipes e no cuidado compartilhado em rede envolvendo recursos do território. A fragmentação e a burocratização na forma de relacionamento entre as equipes são apontadas como limitadores ao trabalho interdisciplinar. (HORI; NASCIMENTO, 2014)

Práticas coletivas / Intervenções Comunitárias/ Abordagem a família

A escassez de grupos terapêuticos é apontada tanto pelos profissionais da atenção básica, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, como pelos próprios usuários como importante barreira ao cuidado qualificado em saúde mental (HORI; NASCIMENTO, 2014; FRATESCHI; CARDOSO, 2014)

É importante destacar que mesmo em estudos realizados em unidades que dispunham do NASF (HORI; NASCIMENTO, 2014; SILVA, 2014), observou-se um predomínio dos atendimentos individuais, com dificuldades no desenvolvimento de práticas coletivas e intervenções intersetoriais. Como barreiras impostas ao desenvolvimento de um cuidado ampliado em saúde mental na atenção básica, destacaram-se as condições adversas de trabalho, a falta de organização e a desvalorização profissional, além da dificuldade de compartilhamento dos casos. Atividades de prevenção, promoção e educação em saúde apresentaram-se em sua maioria, por iniciativas pontuais, revelando dificuldades na construção de um cuidado ampliado de forma continuada (CESAR et al, 2015).

Por outro lado, em estudo avaliativo realizado em unidade de saúde da família em Florianópolis, onde a Estratégia de Saúde da Família está bem consolidada há anos, e o suporte em saúde mental dos NASF conta com forte apoio da gestão e dos profissionais de saúde, os profissionais de saúde mental conduzem grupos de apoio psicológico junto das equipes de atenção primária, sendo o atendimento individual em psicologia extremamente pontual (FROSI; TESSER, 2015)

Segundo a percepção de usuários que são atendidos em unidades em que não há suporte do NASF e em que o apoio matricial não está bem consolidado, a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes de atenção básica e a criação de grupos de terapia nas unidades é uma das principais estratégias para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária. Além dos grupos de terapia, os usuários também percebem a criação de espaços de convivência como centros de atividade física e grupos de artesanato como fundamentais para o fortalecimento do vínculo da equipe com a unidade de atenção primária e como projetos de promoção de saúde mental. (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

A utilização de recursos comunitários como parte das ações em saúde mental foi destacada em estudo avaliativo em Florianópolis, com a participação dos usuários em grupos de autocuidado, socialização e geração de renda fora da unidade de saúde, promovendo o cuidado territorial (FROSI; TESSER, 2015). É importante destacar que a utilização de recursos comunitários no cuidado em saúde mental também só foi relatada neste estudo realizado na capital catarinense, onde, conforme já apontado, a Estratégia de Saúde da Família encontra-se há mais tempo estabelecida.

A abordagem familiar foi percebida pelos profissionais da atenção básica como um potencial importante do cuidado em saúde mental pela Estratégia de Saúde da Família. Além de reconhecerem a relação entre o sofrimento mental e vínculo, os profissionais consideram a participação familiar fundamental no cuidado em saúde mental de seus usuários, sendo aliados

importantes. Para os agentes comunitários em saúde, especificamente, a vinculação com a família apresentou-se como uma condição para o início de uma relação de cuidado com o indivíduo em sofrimento, sendo a participação familiar importante para o gerenciamento da medicação, a participação em atividades comunitárias e marcação de consultas. (SANTOS; NUNES, 2014).

Mesmo em unidades em que a ESF se encontra bem consolidada, tal como o suporte matricial, apesar do reconhecimento da importância da abordagem familiar e do apoio da família para o cuidado em saúde mental, as abordagens familiares foram pouco citadas e, quando presentes, referem-se a situações de crise e de maior gravidade (FROSTI; TESSER, 2015).

Discussão dos resultados

O processo saúde-doença e o modelo de cuidado em saúde mental

O cuidado qualificado em saúde mental, passa, inicialmente, por uma visão ampliada do processo saúde-doença, com a articulação de suas causas biológicas, sociais, culturais e econômicas, ampliando o escopo das ações em saúde mental, incluindo a abordagem dos determinantes sociais em saúde e oferecendo um cuidado contextualizado às condições de vida da população assistida.

Segundo o Ministério da Saúde, cabe à equipe de Saúde da Família abordar os problemas coletivos e socioculturais da comunidade em que atua, promovendo a integralidade no cuidado, o qual deve necessariamente envolver processos de territorialização, de planejamento participativo e de fortalecimento dos espaços de controle social. (Ministério da Saúde, 2010). Para tal, para além da competência técnica, exige-se dos profissionais de saúde competências na dimensão humana, política e social. A fim de apoiar as equipes de atenção básica no desenvolvimento de projetos terapêuticos no território indo além da dimensão biomédica do cuidado, o profissional assistente social é convocado a compor os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, favorecendo uma prática de cuidado integral, interdisciplinar e intersetorial.

Nos estudos analisados, a maioria dos profissionais da atenção primária exibe uma percepção ampliada das questões de saúde mental, porém ainda demonstra dificuldades em lidar com a complexidade esta demanda em sua prática de serviço, sendo comum a fala da necessidade de uma “capacitação” e de maior apoio para lidar com as questões de saúde mental de seus usuários, traduzindo-se em encaminhamentos frequentes para serviços especializados em saúde mental. Os estudos apontam para um cuidado em saúde mental ainda muito centrado no atendimento médico e na prescrição de psicofármacos, com pouco espaço para a escuta, escassas reavaliações clínicas associadas ao uso crônico destas medicações e baixa oferta de alternativas terapêuticas, tal como revelaram também outros qualitativos em saúde mental na atenção primária (GARCIA et al, 2020; CAMPOS et al, 2011; MARTINS et al, 2009). Ao mesmo tempo, a falta de continuidade no fornecimento de psicofármacos é apontada como uma barreira ao cuidado qualificado em saúde mental neste contexto.

Os desafios em lidar com a demanda em saúde mental parecem ainda maiores diante de sua frequente associação com a adversidade social, permanecendo, em alguns profissionais, percepção de impotência frente aos determinantes sociais em saúde, percebidos como “problemas sociais” e, portanto, não incluídos no desenvolvimento de estratégias de cuidado em saúde mental. A angústia dos profissionais da atenção primária diante da complexidade da demanda em saúde mental associada a vulnerabilidade social já foi apontada anteriormente pela literatura, apontando para a necessidade da intensificação não somente das estratégias de formação em saúde mental, mas sobretudo de um apoio continuado aos profissionais da atenção primária. (CAMPOS et al, 2011, SILVA et al, 2019).

A interdisciplinaridade e integralidade do cuidado

Outro resultado importante foi a percepção tanto dos profissionais de saúde quanto dos próprios usuários dos serviços da necessidade da presença de profissionais da saúde mental junto das equipes de atenção primária, como fundamentais para a qualificação do cuidado em saúde mental neste contexto. Os artigos analisados nesta pesquisa revelam que na prática dos serviços, entretanto, a presença de um profissional de saúde mental não é, por si só, sinônimo de estratégias ampliadas e compartilhadas de cuidado. A construção destas, por sua vez, passa necessariamente por uma mudança de paradigma na qual o profissional de saúde mental deixa

de ser percebido como sinônimo de psicoterapia, tal como a saúde mental deixa de ser considerada “propriedade” dos profissionais de saúde mental.

Dessa forma, se a presença de um profissional de saúde mental junto das equipes de atenção primária não é acompanhada de uma construção de um novo modelo de cuidado que envolva o trabalho interdisciplinar e o cuidado integral, acaba reproduzindo o modelo de encaminhamento e de “especialismo” no que tange o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, a saúde mental é destacada dos demais cuidados de saúde, sobrecarregando o sistema de saúde e comprometendo a integralidade e a qualidade do cuidado, que se constrói de forma desarticulada do contexto de vida de seus usuários e do território.

Estes resultados vão de encontro aos apresentados por outros estudos qualitativos que exploraram a inserção do profissional de saúde mental nas equipes de atenção básica, sendo comum que o profissional de saúde mental seja progressivamente “desviado” de seu propósito de trabalho diante da expectativa não somente dos profissionais de saúde, como da própria população assistida, da reprodução do modelo tradicional de cuidado em saúde mental. (CAMPOS et al, 2011; MARTINS et al 2015).

Embora não tenha sido abarcada na presente revisão, a literatura aponta para as dificuldades dos próprios profissionais de saúde mental de produzir novos modelos de cuidado, com a tendência em reproduzir o mesmo modelo de atendimento individual, com intervenções pouco variadas, alheio aos determinantes sociais de saúde, independente do território em que está atuando e muitas vezes alheios as diretrizes do SUS e da Estratégia de Atenção Psicossocial. (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

A construção do trabalho interdisciplinar e integral, em que as equipes de saúde mental e as equipes de atenção primária de fato trabalham de forma integrada e com o compartilhamento do cuidado, depende do apoio da gestão, de condições de trabalho favoráveis e da própria consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

A sobrecarga dos profissionais do NASF diante da necessidade de apoio para inúmeras equipes de atenção básica, a alta rotatividade dos profissionais da atenção básica e a sobrecarga destes diante de outras demandas para além da saúde mental foram apontadas nesta revisão e em outros estudos como barreiras ao vínculo entre os profissionais de referência e os profissionais do NASF (CAMPOS et al, 2011; HORI; NASCIMENTO, 2014; GAZINATO; SILVA, 2014) O vínculo entre estes profissionais, por sua vez, é fundamental para que estes se apoiem mutuamente, reduzindo a sensação de impotência e isolamento frente a abordagem das questões de saúde mental, tal como para que o matriciamento cumpra a sua dimensão técnico-pedagógica, qualificando o cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária.

A demanda dos próprios usuários por um cuidado integral em saúde reflete, em si, a mudança do modelo de cuidado em saúde proposto pela Estratégia de Saúde da Família, contrapondo-se ao de trabalhos realizados no início da implantação do programa, em que a expectativa dos usuários de unidades de atenção primária era de consulta rápida, realizada pelo médico, solicitação de inúmeros exames e encaminhamento para um especialista. (Outro ponto fundamental de mudança recai na demanda dos usuários por uma participação mais ativa em seus tratamentos e que estes passem pelo reconhecimento de suas necessidades em saúde e por relações de cuidado menos assimétricas.

O trabalho em rede/ cuidado comunitário e familiar

Nos estudos analisados, o trabalho em rede é percebido pelos profissionais da atenção primária como de grande potencial e facilitado pela ação no NASF e do suporte matricial, porém o cotidiano dos serviços revela uma rede de cuidados fragmentada. Os profissionais da atenção básica queixam-se da falta de apoio dos profissionais de saúde mental e de uma retaguarda no cuidado de casos da maior complexidade.

A alta rotatividade dos profissionais da atenção básica e dos profissionais do NASF prejudica a continuidade necessária para a sua integração, tal como para a vinculação entre os profissionais de saúde e os próprios usuários. A fragmentação da rede, por sua vez, reflete-se no cuidado ao usuário, que não se percebe acolhido por nenhum dos serviços e vivencia a um cuidado fragmentado (CAMPOS, 2011).

Os estudos analisados praticamente não abarcaram a importância da articulação com a rede intersetorial no desenvolvimento de projetos terapêuticos no território. Mesmo no caso de estudos em que as equipes de saúde da família investigadas eram contempladas pelos NASF, pouca atenção foi dada ao papel do profissional do serviço social no desenvolvimento, junto aos profissionais de atenção básica e de saúde mental, da clínica ampliada e do trabalho em rede, abarcando os determinantes sociais em saúde.

O cuidado comunitário, por sua vez, foi apresentado como um recurso importante no cuidado em saúde mental em unidades de saúde da família em Florianópolis, mesmo que com papel menos expressivo em relação à abordagem medicamentosa. O reconhecimento dos recursos comunitários e o trabalho integrado aos mesmos passa por uma vinculação da própria equipe com o seu território de atuação. Para que este vínculo ocorra, é necessária que a

Estratégia de Saúde da Família esteja bem consolidada e que haja uma continuidade de sua relação com o território, para a qual os agentes comunitários de saúde são peças-chave. Nesse sentido, é esperado que, em territórios em que a própria Estratégia de Saúde da Família encontra-se pouco estruturada, os recursos comunitários não sejam incluídos no cuidado em saúde mental da população adscrita.

Acolhimento/vínculo/cuidado longitudinal

A importância do acolhimento e do vínculo entre os usuários e suas unidades de referência para a qualificação do cuidado em saúde mental se revela não somente na percepção dos profissionais de saúde da atenção primária, como apresentado por outros estudos (SILVA et al, 2019; FROSSI; TESSER, 2015, GRACIA et al 2020) mas sobretudo na fala dos usuários de saúde mental atendidos no contexto da atenção primária, na qual a possibilidade de escuta é destacada (FRATECHI; CARDOSO, 2014).

Outro resultado que merece destaque é a diferença da percepção do cuidado em saúde ofertado entre unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, sobretudo no que tange ao acolhimento em saúde mental. Apesar desta investigação ter sido realizada somente por um estudo analisado de metodologia qualitativa, e, portanto, não poder ser generalizado, o resultado sugere, apesar das limitações apontadas, que a Estratégia de Saúde da Família representa um avanço no reconhecimento da atenção primária como fonte de acolhimento e apoio em saúde mental. Por outro lado, os estudos apontam para uma lacuna no que tange ao cuidado longitudinal, em saúde mental, revelando limites ao acolhimento pela Estratégia de Saúde da Família para além da entrada dos serviços e aos momentos de crise. (FRATECHI; CARDOSO, 2014).

Práticas coletivas / Intervenções Comunitárias/ Abordagem à família

Como vimos, os estudos analisados apontam para a percepção tanto dos profissionais da atenção básica quanto dos próprios usuários da importância de grupos em saúde mental na atenção básica, tal como atividades de promoção de saúde e espaços de convivência. Nos artigos

analisados, entretanto, observou-se uma ênfase nos atendimentos individuais e centrados na figura do médico, em detrimento das práticas coletivas e intervenções comunitárias e familiares.

O desenvolvimento de grupos em saúde mental é um dos objetivos dos NASF, representando uma dimensão assistencial e pedagógica, apoiando os próprios profissionais da atenção básica a futuramente conduzirem grupos mesmo na ausência de um profissional de saúde mental. As estratégias de grupo na atenção primária não somente permitem ampliar os espaços de escuta e de acolhimento em saúde mental, como também oferecem espaço subjetivo para que os determinantes sociais em saúde se revelem na fala de seus usuários, viabilizando estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico entre os seus usuários e fortalecendo a rede de suporte social.

A atenção primária a saúde também tem como objetivo oferecer ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental, as quais levem em consideração o seu contexto psicossocial. Nesse sentido, o desenvolvimento de estratégias de grupo amplia os espaços de inclusão social, empoderando seus usuários no enfrentamento dos determinantes sociais em saúde, favorecendo o vínculo e fortalecendo as redes de apoio social. São crescentes os trabalhos apontando para a potência de grupos em saúde mental na atenção primária, os quais devem levar em consideração as particularidades de cada território. Em recente estudo qualitativo sobre a estruturação de grupos de convivência e artesanato em unidades de ESF Rio de Janeiro, verificou-se a melhora da autoestima, empoderamento, redução da ansiedade e depressão (ALVES et al, 2020).

A práticas coletivas são estratégicas ao criarem um elo entre os usuários e os profissionais da atenção básica em seu cotidiano, para além de situações de crise e de práticas mais burocratizadas, como a renovação de receitas controladas. Nesse sentido, a consolidação de grupos e espaços de convivência favorecem não somente o vínculo entre o usuário e a equipe de atenção básica, como representam um espaço de cuidado longitudinal, uma das principais fragilidades do cuidado em saúde mental na atenção primária.

Destacam-se, neste contexto, iniciativas em unidades de atenção primária em que a demanda pela renovação de receitas controladas é transformada em um grupo terapêutico e constrói-se em uma perspectiva desmedicalizante Rodrigues (2016). Geralmente conduzidos por um médico de família ou um psiquiatra, com apoio de profissionais da psicologia ou de outras categorias dos NASF (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, por exemplo), estes grupos representam espaços para a reavaliação da adequação medicamentosa, a psicoeducação acerca dos transtornos mentais comuns e referentes ao uso de psicofármacos (como os riscos inerentes ao uso crônico de benzodiazepínicos, por exemplo). Além disso, oferecem uma abertura para a

utilização de práticas integrativas complementares no que tange o cuidado em saúde mental, desde práticas corporais e atividades de relaxamento, até o uso de medicamentos fitoterápicos auxiliares ao desmame de benzodiazepínicos. (ESTEVES, 2017; MONTEIRO; SILVESTRE, 2020; FLORA, 2020).

Por representarem espaços de trocas e convívio, os grupos fortalecem os espaços de troca entre os usuários, além de fortalecerem a rede de apoio social e o envolvimento dos usuários com a comunidade. Embora a redução do uso de psicofármacos seja um dos resultados associados ao desenvolvimento destes grupos, sua ação desmedicalizante vem do fortalecimento de outras formas de enfrentamento do sofrimento emocional para além do uso de psicofármacos e do cuidado biomédico.

Relação com o campo da saúde mental global

Etnografias produzidas dentro do campo da saúde mental global revelam como estas lacunas no cuidado a saúde mental se apresentam em diferentes cenários socioeconômicos. Enquanto em países de baixo desenvolvimento predomina a dificuldade de acesso e continuidade no fornecimento de psicofármacos na atenção primária, estudos em países de média renda apontam para a dificuldade das equipes de atenção básica no manejo do uso dos psicofármacos, e nos países de alta renda na exclusividade do recurso medicamentoso, denunciando a baixa oferta de intervenções não medicamentosas (KORT; MENDENHALL, 2015).

Os estudos qualitativos analisados neste trabalho nos permitem uma aproximação de como tais lacunas se apresentam no contexto local. Embora o acesso inicial a estes medicamentos não seja apresentado como uma barreira ao cuidado adequado em saúde mental nas unidades de atenção primária avaliadas, a falta de continuidade no acesso aos psicofármacos é apresentada como uma barreira ao cuidado adequado em saúde mental em algumas unidades de atenção primária. Dificuldades no manejo do uso de psicofármacos, provavelmente também prevalentes em alguma medida no contexto local, não foi abarcada pelos estudos analisados na presente revisão.

A precariedade do cuidado associada ao recurso medicamentoso, no contexto local, apresenta-se justamente no papel ainda central do medicamento no cuidado em saúde mental neste contexto, em detrimento de espaços de acolhimento e de intervenções psicossociais,

fenômeno que pode ser apreendido na prática comum de renovação de receitas controlas pela equipe de enfermagem apresentada, conforme o apresentado em alguns estudos.

Na perspectiva biomédica de tratamento, a precariedade do tratamento de saúde mental consiste na prática de renovação de receitas de psicofármacos sem avaliação médica adequada. Na perspectiva do cuidado ampliado em saúde mental e segundo a percepção dos próprios usuários, por outro lado, a precariedade do cuidado revela-se quando o acesso às receitas de psicofármacos, que marca o contato do usuário com o serviço de saúde, não é acompanhado do acesso a escuta e acolhimento em saúde mental.

A ausência de um espaço de reflexão sobre a situação de sofrimento, coloca a medicação em uma posição central no cuidado destes usuários, impactando negativamente a percepção dos usuários do cuidado em saúde mental ofertado. Este dado é importantíssimo e vai de encontro aos resultados de outras produções nacionais dentro do campo da saúde mental global. Trata-se de estudos qualitativos em saúde mental realizados em unidades de atenção primária no Rio de Janeiro que abarcaram a percepção do usuário sobre o cuidado em saúde mental ofertado neste contexto. Segundo estes, quando a prescrição médica é acompanhada de uma escuta cuidadosa do sofrimento mental, esta é percebida pelos usuários como fortalecedora do vínculo com os profissionais da atenção básica e a percepção de estarem sendo melhor cuidados. (ATHIÉ et al, 2017). Por outro lado, quando a intervenção medicamentosa não é acompanhada de diálogo em torno das circunstâncias associadas ao sofrimento mental, os pacientes se sentem pior cuidados. (MENEZES et al, 2019).

Pesquisas etnográficas realizadas no campo da saúde mental global enfatizam a importância do desenvolvimento de intervenções psicossociais em contextos de alta vulnerabilidade social, questionando a qualidade do cuidado que se traduz exclusivamente no uso de psicofármacos. (KORT; MENDLEHALL, 2015). Como vimos nos capítulos anteriores, o uso irracional de benzodiazepínicos, no contexto nacional, é um dos marcadores da precariedade do cuidado em saúde mental aos Transtornos Mentais Comuns no contexto do cuidado em saúde mental na atenção primária brasileira, marcada pela atuação junto a população em vulnerabilidade social.

É importante ressaltar, entretanto, que a prescrição de psicofármacos, sobretudo benzodiazepínicos, pode ser reforçada na abordagem de usuários em importante vulnerabilidade social, representando uma “resposta” dos profissionais de saúde frente às adversidades presentes no discurso destes usuários. Em meta-síntese qualitativa sobre a percepção dos médicos de família europeus envolvendo a prescrição de benzodiazepínicos, a prescrição deste psicofármaco foi apontada pelos médicos de família como uma “resposta” as

adversidades psicossociais apresentadas pelos seus pacientes e a impotência destes diante desta demanda. Neste contexto, os benzodiazepínicos seriam considerados pelos médicos da família como um “mal menor”. A necessidade de “dar uma resposta” ao sofrimento apresentado durante o atendimento revela a dificuldade em acolher esta complexa demanda e a dificuldade de colocar em prática estratégias de cuidado para além da intervenção medicamentosa, reforçando o modelo biomédico de atenção à saúde (SIERDIFIELD et al, 2013).

Barreiras à continuidade do cuidado/ limitações ao cuidado longitudinal

A continuidade da oferta de cuidado em saúde mental é fundamental para a construção de relações de confiança entre os usuários e os profissionais de saúde, essenciais à efetividade do cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços.

Como vimos, os estudos apresentados apontam para dificuldades em manter o acolhimento em saúde mental para além da entrada nos serviços e nos momentos de crise. Como barreiras apontadas para a continuidade do cuidado em saúde mental nos estudos analisados nesta pesquisa, destacam-se: condições precárias de trabalho, com destaque para a sobrecarga dos profissionais de saúde da atenção primária e a alta rotatividade destes, o estigma em relação aos transtornos mentais e a vulnerabilidade psicossocial.

Condições de trabalho

No estudo de Menezes (2019), problemas relacionados às condições de trabalho representam barreiras tanto para os profissionais de saúde oferecer uma escuta qualificada, quanto para os pacientes exporem o seu sofrimento emocional. Nesse sentido, o contexto tumultuado do cotidiano das unidades de atenção primária restringe a capacidade de escuta médica e coíbe a expressão do sofrimento emocional pelos usuários, favorecendo o que a autora denominou “looping anti-terapêutico” prejudicando o desenvolvimento de uma relação terapêutica salutar. Outro resultado importante desta pesquisa de Menezes foi que a gravidade do sofrimento emocional foi um facilitador da comunicação espontânea do sofrimento mental ao médico, o que sugere, que, em parte, o acesso ao cuidado em saúde mental em situações de crise é facilitado também porque diante de situações críticas os usuários em sofrimento emocional sentem que a expressão do seu sofrimento é legítima.

A literatura em saúde mental global, por sua vez, aponta que a falta de organização do cuidado em saúde na atenção primária, com o modelo de atendimento voltado para urgências, desviado dos cuidados preventivos, prejudicam a qualidade do modelo colaborativo em saúde mental em países de baixa e média renda (UNUNCHER, 2020).

Nesse sentido, embora a organização do trabalho das unidades de atenção primária não tenham sido foco dos artigos analisados na presente pesquisa, supõe-se que a necessidade de atendimento a demanda espontânea e o desvio da ação preventiva das equipes de atenção primária expliquem também, em parte, porque o acesso ao cuidado em saúde mental também ficaria facilitado em situações de crise e dificultado no que tange a continuidade do cuidado em saúde mental ou mesmo de estratégias preventivas para a saúde mental.

A pressão pelo atendimento à demanda espontânea favorece, nesse sentido, uma resposta imediata às demandas concretas dos usuários, como a renovação de receitas médicas pela equipe de atenção básica, o encaminhamento rápido a um especialista em saúde mental pelo agente de saúde diante da demanda de sofrimento mental de uma família e até mesmo da prescrição de benzodiazepínicos diante de queixas inespecíficas em saúde mental associadas às adversidades sociais, precarizando o cuidado em saúde mental. O modelo de cuidado voltado para urgências, paralelamente, esvazia as práticas de acolhimento e a escuta qualificada, comprometendo o vínculo entre o profissional de saúde e os pacientes, tal como o reconhecimento das necessidades de saúde de seus usuários, restringindo o cuidado em saúde mental ao consumo de serviços.

Segundo Tesser, o modelo voltado para urgências favoreceria a medicalização, a ineficácia do cuidado a condições crônicas, o baixo aproveitamento do cuidado interdisciplinar e do trabalho coletivo, tal como o distanciamento das dos determinantes sociais em saúde (TESSER et al, 2010).

Estigma

A abordagem do estigma em saúde mental é destacada por pesquisadores em saúde mental global como uma das áreas prioritárias para reduzir a lacuna de tratamento em saúde mental e ampliar o acesso a serviços de alta qualidade globalmente. Segundo Wainber (2017), o estigma constitui importante barreira ao cuidado em saúde mental, ao criar uma “espiral negativa”, favorecendo o silêncio e o sofrimento mental, os quais acabam perpetuando condições de exclusão social, agravando a evolução dos transtornos mentais e retroalimentando as condições envolvidas com o estigma (WAINBER et al, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), o enfrentamento do estigma entre os profissionais da atenção básica é de especial interesse para a saúde mental global, uma vez que, dada a proposta de integração entre a saúde mental e a atenção primária, os profissionais da atenção primária estão cada vez mais envolvidos com o cuidado em saúde mental. (OMS, 2016).

Etnografias realizadas com trabalhadores da atenção primária de diferentes contextos culturais e econômicos apontam para um ponto em comum: os profissionais percebem sua autoeficácia ameaçada ao se depararem com pacientes com transtornos mentais, especialmente quando os profissionais não possuem formação em psiquiatria ou ferramentas para prover um cuidado efetivo. (KOHRT et al, 2020). Nesse sentido, os profissionais de saúde tenderiam a evitar a saúde mental porque a percebem como “pesada” e o a sua intervenção como “ineficaz”, ameaçando, portanto, a sua competência.

É interessante notar que embora o estigma entre os profissionais de saúde não tenha sido foco de nenhum dos artigos analisados nesta pesquisa, a percepção do cuidado em saúde mental, sobretudo quando acompanhado pela vulnerabilidade social, foi percebida como “pesada” e muitas vezes ameaçadora para os profissionais de atenção básica. A literatura aponta que o atendimento em saúde mental em unidades de atenção primária em saúde favorece redução do estigma quando comparado ao atendimento em unidades especializadas em saúde mental (KAKUMA et al, 2011). No entanto, o estudo da presente revisão que avaliou especificamente a percepção do usuário sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, tanto em unidades básicas de saúde quanto em unidades de estratégia da saúde da família, destacou-se à insatisfação dos usuários de como são recebidos quando recorrem aos profissionais da atenção básica com queixas de saúde mental, evidenciando a percepção de preconceito e discriminação na abordagem desta demanda em unidades não especializadas em saúde mental. (FRATESCHI et al, 2014)

Na presente revisão, o estigma dos próprios pacientes com sofrimento mental é percebido pelos profissionais de saúde como importante barreira ao cuidado em saúde mental na atenção primária. O impacto do estigma dos próprios usuários no acesso a cuidado em saúde mental e no uso de serviços em saúde está bem estabelecido na literatura em saúde mental global e em torno da procura e a manutenção de cuidados para pacientes em sofrimento mental e compõe parte importante da escala “Barriers to Access to Care Evaluation” (BACE). Trata-se de uma escala desenvolvida para investigar as barreiras ao cuidado adequado em saúde mental, entre elas o estigma, e já adaptada para o uso no contexto social e cultural brasileiro. Entre as questões que abarcam o papel do estigma enquanto barreira aos cuidados adequados

em saúde mental por parte do usuário, destaca-se a preocupação de ser visto como um pai/mãe ruim, dificuldade no afastamento do trabalho, dificuldade em pedir ajuda, experiências anteriores ruins, tal como a ideia de que deveria ser capaz de resolver aquele problema por si próprio (CLEMENT et al, 2012).

Adversidade social

Segundo Hart (1971), os serviços médicos não são os principais determinantes da mortalidade e morbidade de uma população, e sim padrões de nutrição, moradia, ambiente de trabalho e educação. Nesse sentido, é fundamental questionar a efetividade do cuidado biomédico isolado como estratégia de cuidado em saúde, sobretudo em contextos de alta vulnerabilidade social.

A associação entre a pobreza e os problemas de saúde mental nos países de baixa e média renda já é bem estabelecida pela literatura envolvendo questões de habitação, insegurança alimentar e iniquidade social. (PATEL; KLEINMAN, 2003). A relação funciona em um ciclo vicioso, uma vez que a vulnerabilidade econômica favorece o desenvolvimento de problemas em saúde mental, os quais, por sua vez, prejudicam o desenvolvimento econômico de indivíduos e comunidades. O estigma associado aos transtornos mentais, a vulnerabilidade familiar, dificuldade de inserção laboral são fatores que colocam os indivíduos com transtornos mentais comuns em maior fragilidade econômica (LUND et al, 2010).

Na presente pesquisa, como anteriormente relato, a vulnerabilidade social foi destacada pelos profissionais de saúde como uma barreira ao cuidado adequado em saúde mental e facilitadora da impotência das equipes de atenção primária frente às demandas em saúde mental. Este achado vai de encontro aos resultados de estudos em saúde mental global realizados em regiões marcadas pela extrema pobreza. Em estudo qualitativo em saúde mental global realizado no Haiti, destacou-se a falta de acesso às necessidades básicas como transporte, educação e renda mínima como importantes barreiras ao cuidado em saúde mental na população mais vulnerável (CENAT et al, 2021).

Os estudos analisados na presente pesquisa apontam que a vulnerabilidade social, embora reconhecidamente associada transtornos mentais comuns segundo a percepção dos profissionais da atenção primária, ao invés de servir como um “catalizador” de formas ampliadas de cuidado em saúde mental, é encarada como uma barreira ao cuidado adequado em saúde mental neste contexto. Este é um resultado importante, pois traz para o cotidiano das unidades de atenção primária a lei inversa de cuidados na perspectiva dos cuidados ampliado

em saúde mental, uma vez que a população mais vulnerável em termos psicossociais apresenta barreiras ao cuidado ampliado em saúde mental (HART, 1971).

Matriciamento em Saúde Mental e *Collaborative Care*: lacunas na integração entre a saúde mental e atenção primária

O matriciamento é percebido pelos profissionais de saúde nos estudos analisados como uma ferramenta de grande potencial para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária, porém com diversos desafios para a sua implantação, entre os quais: a distribuição pouco justa do apoio matricial ao longo do país, a precariedade das condições de trabalho e a superação do modelo tradicional do cuidado em saúde mental

O destaque dado ao matriciamento pela produção acadêmica brasileira em saúde mental na atenção primária, por sua vez, reflete a aposta que esta ferramenta representa no cotidiano dos serviços no que tange a integração da saúde mental na atenção primária, aproximando-se do *collaborative-care*, como apresentado nos capítulos iniciais, uma das principais estratégias da saúde mental global para a ampliação do acesso e da qualidade do cuidado a saúde mental ao redor do mundo.

A efetivação dos cuidados colaborativos em países de baixa e média renda, por sua vez apresenta alguns desafios, tais como: falta de tecnologia, falta de coordenação pelos sistemas de saúde, estigma e a falta de recursos humanos habilitados. A principal premissa para a implantação efetiva do modelo de cuidados colaborativos é um modelo de atenção primária organizado, que seja capaz de prestar assistência adequada não somente aos casos agudos, mas que também possa acompanhar condições crônicas e oferecer acompanhamento longitudinal (WAINBERG et al, 2017).

No modelo americano, por exemplo, baseada em evidências, o sucesso do cuidado colaborativo depende do trabalho de um “Case manager”, profissional devidamente treinado, geralmente um “counselor”, que atua como interlocutor entre os profissionais de saúde mental e equipes de atenção básica, além de ficar responsável por acompanhar evolutivamente os pacientes com transtorno mental, realizando constantes revisões do projeto terapêutico. (GOODRICH et al, 2013). Nesse sentido, no contexto local, as dificuldades no cuidado longitudinal das demandas de saúde mental, tal como dificuldades na organização na própria estruturação do cuidado em atenção primária diante da pressão pelo atendimento da demanda

espontânea, aproximando-a do “Urgent Care Model”, impõem-se como barreiras importantes para a consolidação dos cuidados colaborativos.

Lacunas no Trabalho em rede/ cuidado comunitário

Críticos ao movimento de saúde mental global apontam a preocupação com a apropriação de medidas como a lacuna de tratamento para a validação na necessidade de expansão do acesso ao tratamento farmacológico ou mesmo a fim de reduzir a lacuna de cuidado em saúde mental. Para estes autores, tal concepção refletiria a medicalização do sofrimento psíquico, afastando-o de suas raízes psicossociais, tendo como principal estratégia de enfrentamento intervenções individuais baseadas no tratamento farmacológico, em detrimento de intervenções coletivas que abarquem o papel dos determinantes sociais em saúde.

Nesse sentido, a manutenção da lógica de atendimento individual em psicologia dentro do campo da atenção básica, alheia às necessidades e particularidades do território, representa mais um risco para o cuidado em saúde mental na atenção básica. Como apontado por Dimenstein (2012), a determinação dos problemas em saúde mental no SUS dizem respeito a uma complexa teia de determinação, envolvendo fatores macro e micropolíticos, indo além da prestação de práticas biomédicas e da oferta de atendimento psicológico. Diante dos desafios apresentados no trabalho no campo da saúde mental na atenção primária, é fundamental que os profissionais de saúde mental possam reinventar as suas práticas de saúde, permitindo o desenvolvimento de experiências transformadoras e de novas competências e habilidade psicossociais, propondo soluções criativas para os problemas que permeiam o cotidiano do trabalho neste campo.

A redução das iniquidades em saúde, nesse sentido, deveria ir além de ampliar o acesso ao tratamento farmacológico e psicológico abarcando também determinantes sociais em saúde, tal como o acesso a alimentação, habitação, emprego, condições seguras de vida e igualdade de gênero. Questiona-se, dessa forma, a abordagem do sofrimento psíquico no nível individual, afastando-se do sofrimento coletivo vivenciado pelas comunidades, apontando para a necessidade de que os recursos coletivos sejam envolvidos no cuidado em saúde mental, sobretudo em cenários de adversidade social (JANSEN et al, 2015).

Destacam-se, no contexto da saúde mental global, intervenções como a “Socioterapia” em contextos como a Ruanda, em que a vida comunitária foi interrompida por situações de

violência coletiva e o isolamento social resultante apresentou-se como importante determinante social do sofrimento mental. Adaptada de um modelo usado em ambientes clínicos para refugiados na Holanda, a Socioterapia visa construir um ambiente seguro, confiável e de suporte para facilitar o alívio de ambos o sofrimento individual e social. O objetivo principal não é tratar transtornos de saúde mental individualmente, mas para promover a conexão social em uma comunidade em que os laços sociais foram fragilizados pela violência (JANESEN et al, 2015).

No contexto local, embora a Terapia Comunitária não tenha sido abordada diretamente na presente revisão, ela representa uma importante intervenção psicossocial e coletiva presente no SUS. Definida por uma metodologia de intervenção comunitária, a terapia comunitária atua promovendo a promoção de saúde através da construção de vínculos solidários, valorização de experiências de vida, resgate da identidade, restauração da autoestima e ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir de competências locais (ANDRADE et al, 2009). A promoção da saúde identifica e enfrenta os macro-determinantes do processo saúde doença e busca intervir no mesmo em direção da saúde. Para isso, o terapeuta comunitário deve reforçar o vínculo social, mobilizar recursos locais, respeitar diferentes culturas, promover redes de proteção e inclusão e buscar a conscientização social (PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

O próprio conceito de “tratamento” reflete uma perspectiva biomédica do sofrimento mental, privilegiando, portanto, intervenções curativas pautadas pela psiquiatria clínica e abordagens individuais em detrimento de intervenções psicossociais e coletivas. Embora o papel das intervenções psicossociais seja mais reconhecido no tratamento dos Transtornos Mentais Graves, a associação entre sofrimento mental e prejuízos no funcionamento social não estão restritas a este grupo. Como exemplo, destaca-se a relação entre o desemprego e os transtornos mentais, apontando para a importância de parcerias entre os setores da saúde e seguridade social (PATHARE; LEVAV, 2018).

Nesse sentido, críticos defendem o modelo psicossocial para a compreensão do sofrimento psíquico e para as intervenções de cuidado ofertadas, abarcando as condições culturais, políticas e econômicas. Segundo o modelo psicossocial, o acometimento psicossocial não seria localizando no indivíduo e refletiria um complexo conjunto de interações destes com o ambiente, a cultura e as barreiras sociais. Destaca-se, para estes, o papel do cuidado intersetorial na abordagem dos Transtornos Mentais Comuns (COSGROVE ET al, 2020). Embora mais reconhecido no tratamento dos Transtornos Mentais Graves, a associação entre sofrimento mental e prejuízos no funcionamento social não estão restritas a este grupo. Como exemplo, destaca-se a relação entre o desemprego e os Transtornos Mentais Comuns, apontando

para a importância de parcerias entre os setores da saúde e seguridade social (PATHARE; LEVAV, 2018).

Considerações Finais

A análise dos artigos, nos permitiram explorar as lacunas locais no cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária, tal como as principais barreiras que a sustentam no cotidiano dos serviços e sua relação com o campo da Saúde Mental Global. Os artigos revelam que, apesar de haver uma apropriação dos profissionais e até mesmo dos usuários da importância do cuidado ampliado em saúde mental, na prática prevalece o cuidado em saúde mental centrado no modelo biomédico, nas intervenções farmacológicas, na abordagem individual do sofrimento psíquico, distanciada de suas raízes psicossociais, do cuidado integral e do acompanhamento longitudinal. Nesse sentido, revela-se a primeira lacuna: a lacuna entre as políticas de saúde mental e da política nacional da atenção básica e a prática no cotidiano das unidades de atenção primária. Enquanto a Política Nacional de Atenção Básica destaca a integralidade do cuidado, o cuidado longitudinal, a participação da comunidade e as intervenções no território como pilares fundamentais da Estratégia de Saúde da Família, os estudos de campo analisados no presente trabalho apontam para a fragilidade destes fatores no que tange ao cuidado em saúde mental na atenção primária.

Na prática cotidiana destes serviços, observam-se lacunas importantes na qualidade do cuidado em saúde mental aos usuários com Transtorno Mental Comuns em uso dos serviços de atenção primária. Destacam-se o comprometimento da integralidade e longitudinalidade nas práticas cotidianas de trabalho, colocando em xeque o acesso efetivo ao cuidado em saúde mental e a construção do cuidado em rede.

Destaca-se a heterogeneidade desta lacuna entre os serviços retratados nos diferentes estudos analisados, havendo unidades situadas em municípios onde a Estratégia de Saúde da Família encontra-se bem estabelecida e que recebem apoio importante dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família e da própria gestão em que se observa uma busca pelo exercício da clínica ampliada, a articulação com serviços da rede, a oferta de intervenções psicossociais e comunitárias aos usuários. Em outros cenários avaliados, nas quais a própria Estratégia de Saúde da Família não se encontra bem estabelecida, com pouco suporte dos gestores e condições precárias de trabalho, o cuidado ampliado em saúde mental, mesmo com o apoio dos

NASF, ainda é um projeto que não saiu do papel Para a consolidação desta política no que tange ao cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços, faz-se necessária a mudança de paradigma de cuidado, a qual só é possível a partir de um modelo atenção primária bem estruturada, apoio político e condições de trabalho adequadas.

Ao explorar a percepção de usuários, diversas categorias de profissionais de saúde e até mesmo de familiares do cuidado em saúde mental na atenção primária, os estudos analisados apontam para o reconhecimento das potencialidades do cuidado em saúde mental na atenção primária pelos diferentes atores que a compõem. Mais do que isto, os resultados revelam a mudança na percepção tanto dos profissionais de saúde, como dos próprios usuários, da importância da construção de formas ampliadas de cuidado em saúde mental. Por outro lado, estes mesmos atores apontam para importantes barreiras locais para a qualificação do cuidado em saúde mental na atenção básica, entre eles: condições precárias de trabalho, a adversidade social e o estigma.

Os estudos enfatizaram, paralelamente, a importância do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a efetivação do cuidado ampliado em saúde mental aos usuários com Transtorno Mental Comum. Este, por sua vez, encontra-se fragilizado pela alta rotatividade dos profissionais da atenção básica, pelas precárias condições de trabalho, a própria organização do processo de trabalho, cada vez mais voltado para o atendimento às urgências prejudicando o desenvolvimento de um vínculo terapêutico salutar e favorecendo a precariedade e fragmentação do cuidado em saúde mental.

O diálogo com o campo da Saúde Mental Global, por sua vez, permitiu-nos explorar com maior profundidade o papel do estigma, da adversidade social e das formas de organização do trabalho enquanto barreiras ao cuidado adequado em saúde mental no contexto local. Paralelamente, os estudos analisados revelam de que forma dificuldades apontadas pelo Movimento em Saúde Mental Global no que tange à integração da saúde mental e da atenção primária (baixa oferta de intervenções psicossociais, a perda da continuidade das ações, entraves ao cuidado colaborativo) apresentam-se no contexto local.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o número reduzido de artigos contemplados nesta revisão e o curto recorte temporal abarcado. A fim de minimizar esta limitação, foram incorporadas à discussão dos resultados referências mais recentes de importantes estudos avaliativos sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, os quais apontam na mesma direção dos resultados apresentados.

Apesar da amostra reduzida de artigos, estes apresentam as lacunas de cuidado em saúde mental na atenção primária, de perspectivas distintas, abarcando a percepção de diferentes

categorias de profissionais da atenção primária, de profissionais de saúde mental, de familiares e dos próprios usuários de unidade de atenção básica. Estas perspectivas se complementam, permitindo-nos explorar de que forma as lacunas de cuidado em saúde mental se revelam no cotidiano dos serviços, quais as principais complexidades locais associadas à sua permanência, tal como de que maneira são vivenciadas pelos diferentes atores envolvidos do cuidado em saúde mental na atenção primária. Outro ponto forte deste trabalho é o rico diálogo com o campo da saúde mental global, enriquecendo a reflexão em torno do cuidado aos Transtornos Mentais Comuns no contexto da Atenção Primária a Saúde, apontando caminhos para futuras pesquisas e para o desenvolvimento de ações no sentido de qualificar o cuidado em saúde mental neste cenário.

Referências

- ATHIÉ, K. et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. *Ciencia & saude coletiva*, v. 22. 2017
- ANDREADE, et al. (Org.). O SUS e a terapia comunitária. Fortaleza: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2009.
- BECKER, A.; KLEINMAN, A. Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine* 369.1 .2013.
- CAMPOS, G.; DOMITTI, A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, v. 23. 2007.
- Campos, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 16. 2011.
- CÉNAT, J. et al. The global challenge of providing mental health services in poverty: the situation of Northern Haiti. *BJPsych International*. 2021.
- CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A psicologia na estratégia de saúde da família: vivências da residência multiprofissional. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 35. 2015.
- CLEMENT, S. et al. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*, v. 20. 2012.
- COLLINS, P. et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*, v. 475. 2011.
- GONÇALVES, D. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30. 2014.

COSGROVE, L. et al. (2020). A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: Time for a paradigm change. *Critical Public Health*, v. 30, n. 5. 2020.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, 2012.

DE CASTRO Silva, P. et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Revista Cuidarte*, v. 10, n. 1. 2019.

ESTEVES, N. Uso de fitoterápicos como aliado no desmame do consumo inadequado de benzodiazepínicos na atenção básica. 2015. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS, Rio de Janeiro, 2015.

FLORA, T. B. Uso crônico de benzodiazepínicos no município de Nuporanta- SP. Projeto de Intervenção na Atenção Básica. 2015.

FONSECA SOBRINHO, D. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 38. 2014

FROSI, R.; TESSER, C. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, 2015.

GARCIA, G. et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica. *Revista Brasileira de enfermagem*, v. 73, n. 1, p. 1-8. Fev 2020.

GAZIGNATO, E.; SILVA, C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 38. 2014.

GOODRICH, D. et al. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current psychiatry reports*, v. 15, n. 8. 2013.

HART JT. The inverse care law. *Lancet*, v. 297. 1971.

HORI, A.; NASCIMENTO, A. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, 2014.

INPES, G. Psychiatrie et santé mentale: 2005-2008 - Orientations au service: politique publique de psychiatrie et de santé mentale. Paris.

KAKUMA, R. et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, v. 378, n. 9803. 2011.

JANSEN, S. et al. The “treatment gap” in global mental health reconsidered: sociotherapy for collective trauma in Rwanda. *European Journal of Psychotraumatology*, v. 6, n. 1. 2015.

KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*, v. 82, n. 11. 2004.

KOVRT, B.; MENDENHALL, E., eds. Global mental health: anthropological perspectives. Vol. 2. Routledge, 2016.

KOVRT, B. et al. Reducing mental illness stigma in healthcare settings: proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Social Science Medicine*, v. 250. 2020.

LOPES, C. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey–PNS." *International journal for equity in health*. v. 15, n.1. 2016.

LUND, C. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social science & medicine*, v. 71, n. 3. 2010.

MARTINS, Á. et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

MONTEIRO, T.; SILVESTRE, F. Relato de experiência com grupo de desmame de benzodiazepínico. *Revista de APS*, v. 23. 2020.

MENEZES A.; CORREIA, C. Curso de Capacitação de Saúde Mental na Atenção Primária da UNASUS-MA (versão EAD) Módulo 4: Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária, Transtornos Mentais Comuns, São Luiz, MA, 2016.

MENEZES, A. et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23. 2019.

MENEZES, A. et al. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da saúde mental global: uma revisão integrativa. *Cad. Saúde Pública*, [s.d.] de Janeiro.

MINISTÉRIO DA Saúde. 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. 85 p. 2007.

PADILHA, C.; OLIVEIRA, W. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, 2012.

PATEL, V. et al., eds. Global mental health: principles and practice. Oxford University Press, 2013.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, 2003.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. *The lancet*, v. 370, n. 9590, p. 859-877. 2007.

RODRIGUES, H. Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da saúde mental. 91 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva- IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2016;

PATHARE, S.; BRAZINOVA, A.; LEVAV, I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences*, v. 27, n. 5. 2018.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

SANDELOWSKI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Res. Nurs. Health*, v. 20. 1997.

SANINE, P.; SILVA, L. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.

SANTOS, G. A., & Nunes, M. D. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 105-125. 2014.

SIRDIFIELD, C. et al. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC family practice*, v. 14, n. 1, 2013.

SANINE, P.; SILVA, L. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.

STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Artmed Editora, 2010.

THOMAS, J.; HARDEN, A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*, v. 8, n. 45. 2008.

TÓFOLI, L.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE-Revista de Políticas Públicas* v. 6, n. 2. 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20. 2004.

UNÜTZER, J.; CARLO, A.; COLLINS, P. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry*, v. 19, n. 1. 2020.

WETZEL, C. et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, 2014.

WORLD HEALTH Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva:World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Genebra, 2010.

6.3 ARTIGO 3 “A vivência de uma profissional de saúde mental das lacunas de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns: uma autoetnografia reflexiva”

O capítulo desta tese de doutorado apresenta uma autoetnografia reflexiva da pesquisadora a partir de sua experiência como psiquiatra, atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), na interface da saúde mental com a atenção básica, e de sua percepção e vivências em relação às lacunas no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Apesar de reconhecer os limites da autoetnografia enquanto fonte de dados única para fazer uma pesquisa, notou-se a importância da experiência em serviço e da memória da pesquisadora enquanto dado adicional de pesquisa para a presente tese de doutorado. A autobiografia, ao ser utilizada em sintonia com os outros métodos e fontes de dados, agrega maior profundidade a investigação do cuidado aos Transtornos Mentais Comuns na atenção primária.

O uso da narrativa da pesquisadora também visa enriquecer o campo empírico da pesquisa, ao apresentar a percepção e a vivência de uma profissional de saúde sobre as lacunas de cuidado em saúde mental na atenção primária. Desta forma, complementando o capítulo anterior que explorou a percepção dos profissionais da atenção primária e dos usuários deste serviço no cuidado em saúde mental ofertado neste contexto.

Ao mesmo tempo, o relato autobiográfico permite à pesquisadora compartilhar com o leitor seu mergulho no campo da saúde mental na atenção primária, tal como o impacto deste em sua história profissional e acadêmica. Esse mergulho, por sua vez, permite-nos compreender não somente a trajetória profissional da profissional de saúde, como o próprio percurso teórico deste projeto acadêmico.

Destaca-se, também, o caráter reflexivo do relato autobiográfico. A partir da vivência da pesquisadora no campo empírico do cuidado em saúde mental na atenção primária e do percurso acadêmico de produção desta tese, apresenta-se uma reflexão sobre o cuidado local aos Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária a Saúde. É a partir desta reflexão e seu diálogo constante com a literatura que se almeja contribuir para a qualificação do cuidado em saúde mental no cenário local e global.

6.3.1 Metodologia

Sobre a Autoetnografia.

O uso da autoetnografia na área acadêmica é resultado de um processo de questionamento de pesquisadores de diferentes áreas, a partir da década de 1980, acerca do “ideal de objetividade” do etnógrafo na condução de pesquisas. Segundo estes, a pesquisa sociológica não é um exercício acadêmico distante e sim um processo que ocorre em um contexto político e social determinado. Neste sentido, passou-se a defender o caráter subjetivo e reflexivo da etnografia, tal como o uso da narrativa pessoal para enriquecer o processo de pesquisa. (SANTOS, 2017).

Os autoetnógrafos apresentam sua experiência pessoal para complementar “lacunas” de pesquisa em determinadas áreas, ao permitir um mergulho no contexto e na vida cultural que outros métodos podem não alcançar. Um indivíduo que tenha testemunhado um processo de adoecimento, por exemplo, pode abordar o tema de forma distinta daquele que não teve esta vivência ou que possui pouca experiência. Torna-se possível, ainda, captar a vivência de determinado fenômeno não em circunstâncias específicas nas quais a maioria das pesquisas ocorre, mas no próprio cotidiano. A escrita autoetnográfica visa também ampliar o impacto do trabalho para além da audiência acadêmica, ao criar textos acessíveis para o público leigo. (ADAMS; ELIS; JONES, 2015).

Carolyn Ellis, pesquisadora americana, renomada na área de comunicação e principal referência em autoetnografia, apresentou, na década de 1990, diversas publicações sobre o uso experiência pessoal do pesquisador como forma de conhecimento. Tal conjunto de publicações ilustra como e por que a experiência pessoal deve ser utilizada em pesquisa, requalificando a relação entre objeto e observador. Em poucos anos, o trabalho da pesquisadora ganha destaque, a ponto de, no ano 2000, o Manual de Pesquisa Qualitativa apresentar ensaios e referências sobre “etnografia pessoal, autobiografia e reflexividade” (ADAMS; ELIS; JONES, 2015).

Desde então, a autoetnografia tornou-se um importante método de pesquisa em muitas disciplinas e contextos, incluindo a área da saúde, onde tem sido legitimada a partir de uma produção acadêmica crescente com este formato. Segundo Chang (2016), a autoetnografia deve oferecer não somente uma descrição densa de uma experiência pessoal, mas também uma interpretação sociocultural destas experiências. Além disso, deve manter-se fiel aos fatos,

conter uma apresentação de seu percurso metodológico, abarcar aspectos éticos e oferecer contribuições acadêmicas a partir do diálogo com a literatura.

Santos (2017) apresenta aspectos fundamentais deste método, além de apontar seus limites e potencialidades. Segundo ele, por ter como única fonte de dados a experiência pessoal e devido ao caráter singular das experiências dos sujeitos e às trajetórias de cada um dos envolvidos na investigação sociológica, o método autoetnográfico é limitado como forma de apresentar “verdades” e buscar generalizações. Por outro lado, a autoetnografia permite problematizar o papel do sujeito pesquisador no momento de sua inserção e atuação no campo de pesquisa. Ao refletir sobre suas experiências passadas, os autores podem não somente compreender melhor o seu próprio trabalho, como também apontar direções para futuros profissionais e futuras pesquisas. Nesse sentido, quando o caráter reflexivo é explorado, a autoetnografia apresenta as “transformações” do pesquisador a partir de sua experiência de campo, além de dialogar com a literatura acadêmica mais tradicional, tornando-se uma fonte de perguntas e reflexões (SANTOS, 2017).

Sobre o percurso metodológico desta autoetnografia

Para todo trabalho autoetnográfico, a matéria-prima não se resume aos dados, e sim às experiências. Assim, o material empírico desta pesquisa é formado a partir de minhas experiências pessoais ao longo de mais de dez anos como psiquiatra em saúde pública, atuando na interface com as equipes de atenção primária.

Para a “coleta de dados”, retomei memórias, algumas registradas e outras não, de experiências de trabalho que envolveram a troca com outros profissionais e que foram importantes para criação de espaços de reflexão sobre a minha prática enquanto profissional de saúde mental no campo da atenção primária: diários de campo relativos à minha participação do curso de extensão em saúde mental na atenção primária “BABEL”, que marcou meu primeiro contato com a atenção primária no município do Rio de Janeiro; a participação em oficinas de matriciamento, espaço importante de troca entre os profissionais que buscavam a aplicação desta ferramenta em seus processos de trabalho; minha participação enquanto psiquiatra na capacitação de médicos de família no manejo de psicofármacos; minha participação em um seminário sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária organizado pelo NUPSAM/ UFRJ; minha experiência enquanto coordenadora da Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica. Também recorri aos registros referentes às apresentações de

trabalhos em congressos de psiquiatria e em congressos de medicina de família sobre o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária.

É importante destacar, entretanto, que a principal fonte de dados para este trabalho é a memória da minha própria vivência profissional, retomando momentos cotidianos deste percurso de dez anos que não somente marcaram a minha trajetória profissional, como também foram fundamentais para a transformar minha percepção sobre o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns no contexto da atenção primária.

Considerações éticas

A fim de ter de proteger a privacidade e a segurança dos sujeitos envolvidos diretamente nas narrativas, foram omitidas características de identificação, tal como as circunstâncias exatas em que ocorreram determinados fatos. A integridade do relato foi preservada pela manutenção da essência e significado da narrativa, com omissão de detalhes descritivos que pudessem comprometer a ética deste trabalho.

Contextualização dos dados autobiográficos

É importante, inicialmente, contextualizar espacialmente e temporalmente a experiência apresentada. Trata-se do período de expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2019. Neste contexto, promoveu-se a ampliação do acesso da população carioca aos cuidados primários em saúde, bem como uma nova proposta de modelo de cuidados primários de cuidados em saúde mental. Esta trajetória é atravessada e impactada ao longo de todo o seu percurso por diferentes momentos da estruturação da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, tal como da consolidação do suporte matricial neste cenário.

O relato engloba a vivência da pesquisadora no cuidado aos Transtornos Mentais Comuns em três diferentes momentos. Primeiro, entre (2009 e 2011), como residente em psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Neste contexto, atuou na triagem ambulatorial de um serviço de alta complexidade, onde recebia pacientes encaminhados de todo município do Rio de Janeiro. Atuou ainda na psiquiatria comunitária, ao lado da Professora Sandra Fortes

e da Professora Maria Tavares, quando participou de um estágio em saúde mental na atenção primária e concluiu o curso de extensão em Saúde Mental na Atenção Primária – BABEL. Segundo, entre 2011 e 2013, como psiquiatra recém-formada, quando compunha o Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), prestava suporte matricial por três anos às equipes de atenção primária nesta área programática e participava da criação do grupo de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns neste serviço. O terceiro de 2012 até 2019, como médica psiquiatra, servidora do município do Rio de Janeiro, lotada em um Centro Municipal de Saúde (CMS) na região central do Rio de Janeiro, onde atuou no suporte em saúde mental às equipes de saúde da família desta área de abrangência.

Torna-se importante destacar que minha experiência pessoal no campo da saúde mental na atenção primária abarcou tanto o período “áureo” da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro (partindo de uma cobertura de 7%, em 2009, para 70,6%, em 2016 (segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde), assim como sua crise, no ano de 2019, culminando na greve dos profissionais da atenção básica. Posso dizer que no início do meu contato com a saúde mental na atenção básica, minha sensação era de estar sempre nadando em um contrafluxo. Este sentimento se aplicava tanto à residência em psiquiatria, uma vez que foi somente através do quarto ano opcional de residência médica que consegui ter uma experiência mais robusta na psiquiatria comunitária, quanto à minha prática profissional em seguida. Nesta, tentei aplicar minha experiência de matriciamento em uma unidade básica de saúde, onde o atendimento em atenção primária sempre foi pautado pelo modelo de referência e contrarreferência, pelo trabalho isolado de cada profissional dentro de sua sala de atendimento e pelo modelo biomédico de cuidado.

A partir da rápida expansão da ESF na região central do Rio de Janeiro, acompanhada do crescimento do maior programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil, cujo território de ensino incluía as equipes de atenção primária com a qual eu já trabalhava, vivenciei a “euforia” em torno do projeto e o investimento na qualificação do cuidado em saúde a partir da formação de profissionais especializados neste nível de atenção. Durante este período, tive a oportunidade de participar, ao lado da professora Sandra Fortes, da preparação do módulo de saúde mental para os residentes de medicina de família e comunidade. Paralelamente, dentro da minha própria unidade, fui convidada pela diretora a apresentar aos demais profissionais da atenção básica o suporte matricial oferecer suporte ao desenvolvimento desta ferramenta nos processos de trabalho da unidade, para a saúde mental e outros profissionais especialistas

Após este período de expansão e “euforia”, vivemos o período “depressivo” da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. A instabilidade política, econômica e social repercutiu sobre o financiamento do SUS e sobre a Política Nacional de Atenção Básica, com diminuição do número mínimo de agentes comunitários por equipe de saúde da família e de incentivos financeiros para outros formatos de Atenção Primária a Saúde anteriores à ESF. Entre 2017 e 2018, o déficit no orçamento municipal se refletiu no pagamento de profissionais contratados por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Dessa forma, ocorreram demissões de agentes comunitários de saúde e a diminuição do horário de funcionamento das unidades. Cerca de 184 equipes de saúde da família foram extintas. As equipes restantes mantiveram-se trabalhando com uma composição frágil, alta rotatividade de profissionais de saúde e alto número de usuários por equipe (MELO et al, 2019).

A mudança da fase de “euforia” para a fase “depressiva” ocorreu de forma abrupta para mim, pois passei um período prolongado afastada do meu vínculo municipal em função de duas licenças à maternidade (2016-2017 e 2018-2019), período no qual me dediquei a produções teóricas, como a participação na produção do artigo “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa e a finalização do módulo do curso de extensão em Saúde Mental pelo UNA-SUS, Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde- Transtornos Mentais Comuns, produção voltada a atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde.

No ano de 2019, momento em que eu retornava de minha licença à maternidade e programava iniciar a coleta de dados do meu trabalho de campo para o doutorado, após longo período de espera da avaliação pelo comitê de ética do município, a atenção primária vivia o ápice de sua crise, com a greve dos profissionais de saúde da família cujas pautas eram: atraso de pagamentos, falta de insumos e a ameaça de demissão de cerca de 239 equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. A instabilidade da atenção básica no período de coleta de dados atravessou diretamente o meu projeto de pesquisa, resultando na alteração do percurso metodológico deste trabalho, uma vez que se tornou inviável sustentar o trabalho de campo nestas circunstâncias.

6.3.2 O Relato Autobiográfico

A experiência no serviço de Triagem do Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Minha primeira constatação prática do conceito de “lacuna de tratamento” se deu ainda na residência em psiquiatria, em 2009, ao iniciar o atendimento no serviço de triagem do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB- UFRJ), ao lado de uma profissional de psicologia. Neste serviço, os casos que não eram graves o suficiente, ou que não eram da área de cobertura do ambulatório da UFRJ, eram encaminhados para a rede de saúde mental do município. A fim de favorecer a acessibilidade, buscava-se o serviço de saúde mais próximo da moradia destes pacientes, processo conhecido como “regionalização” do cuidado.

Neste período, o acesso ao cuidado em saúde mental se dava através dos grupos de recepção em saúde mental dos ambulatórios de diferentes áreas do Rio de Janeiro, e era por meio de um mapa dos serviços disponíveis em cada área de abrangência que os pacientes eram referenciados para o tratamento em saúde mental especializado. As informações sobre os pacientes eram relatadas em uma ficha conhecida como “Ficha de referência e contrarreferência” e o contato entre os profissionais de saúde era restrito àquela folha de papel.

Para a angústia dos profissionais envolvidos na triagem, como eu, o retorno dos usuários era corriqueiro, referindo não terem sido absorvidos por estes serviços, lutavam pela garantia de uma vaga no ambulatório do IPUB. A magnitude da demanda de pacientes com casos de menor complexidade clínica (muitas vezes com alta complexidade psicossocial), residentes de diversas áreas do Rio de Janeiro, em um ambulatório de baixo acesso do ponto de vista geográfico e de alta complexidade do ponto de vista clínico, já denunciava as dificuldades de acesso ao cuidado em saúde mental aos Transtornos Mentais Comuns.

A experiência de acolher estes usuários em suas questões de saúde mental e não absorver sua demanda no ambulatório foi muito angustiante para mim, embora fosse inevitável, dado que em pouco tempo não teria mais vagas no ambulatório para os casos de maior complexidade caso todos os pacientes fossem absorvidos. Outro ponto importante era a necessidade de regionalização e acessibilidade, pois boa parte dos pacientes que procuravam o serviço vinham de outras áreas de abrangência do município do Rio de Janeiro e de outros municípios vizinhos.

Nesse contexto, percebi a importância do acolhimento para o cuidado em saúde mental e constatei, no contato com os próprios usuários, que ao oferecer um espaço de escuta e catarse, muitos pacientes já se sentiam “cuidados” por mim e pela psicóloga com quem eu realizava este trabalho. O encaminhamento cuidadoso era outra peça-chave na abordagem desta demanda. Por diversas vezes, diante de um cenário de maior vulnerabilidade, buscávamos contato telefônico com a unidade de referência e agendávamos um retorno para alguns pacientes ao serviço de triagem, até que ele fosse absorvido pelo serviço para o qual fora referenciado.

A possibilidade de um retorno, mesmo que por muitas vezes não fosse realizado, era outro fator tranquilizador para os usuários, os quais padeciam não somente de seu sofrimento psíquico, como também da falta de referências para o seu cuidado em saúde mental. Nesse sentido, percebi que, mesmo que eu pessoalmente não desse sequência ao tratamento daquele paciente que nos procurava na triagem, eu e a psicóloga, tal como o serviço do ambulatório do IPUB, já constituíamos uma referência para aquele usuário.

A experiência do trabalho conjunto com uma profissional de psicologia foi algo que me marcou, acredito que em parte por nossa afinidade pessoal e profissional, e em parte por reconhecer naquela troca uma ferramenta no cuidado da demanda. Diante de uma situação de sofrimento emocional que se apresentava com maior vulnerabilidade psicossocial, o compartilhar daquele cuidado parecia ser fundamental para ambas. Embora contássemos sempre com o suporte de um supervisor médico para dúvidas clínicas, contávamos uma com a outra para acolher as demandas e, assim, nos tornarmos uma referência para o usuário.

Narrar esta experiência me fez refletir sobre a “solidão” dos profissionais diante da demanda em saúde mental no contexto da atenção básica, e sobre a importância do cuidado interdisciplinar e compartilhado para o cuidado em saúde mental. O cuidado interdisciplinar e compartilhado, entretanto, assim como não era algo dado no serviço de triagem pela simples presença, no mesmo atendimento, de um psicólogo e psiquiatra, também não é dado no contexto da atenção primária, pela presença de um profissional da atenção básica e um profissional de saúde mental, tampouco pela criação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família. É fundamental, portanto, a constituição de um vínculo para que os diferentes profissionais se sintam apoiados na abordagem das questões de saúde mental.

Nesse sentido, foi durante a passagem pela triagem do ambulatório do IPUB que tive o meu primeiro contato com a lacuna assistencial envolvendo o cuidado aos Transtornos Mentais Comuns: a demanda reprimida que se apresentava todas as terças-feiras, dia de atendimento. Era a primeira vez que eu vivia a experiência de gap e acolhia a experiência de gap dos próprios

pacientes que procuravam, muitas vezes de forma desesperada, uma vaga de atendimento ambulatorial em saúde mental.

Curiosamente, foi no fortalecimento do trabalho interdisciplinar e no trabalho em rede que encontramos ferramentas para estruturar um cuidado em saúde mental nesse contexto. É interessante pensar que as formas de enfrentamento dos profissionais de saúde mental daquele serviço, diante da lacuna de tratamento dos Transtornos Mentais Comuns, foram o cuidado interdisciplinar e o cuidado em rede – estratégias também defendidas pelo Movimento de Saúde Mental Global para reduzir a lacuna de tratamento dos transtornos mentais no cenário global. A reflexão que fica é: quanto de nossas práticas cotidianas de trabalho no campo da saúde mental e da saúde coletiva já abarcam as diretrizes apontadas pelo Movimento de Saúde Mental Global? Quanto o movimento de Saúde Mental Global tem a aprender com estratégias locais de enfrentamento à lacuna de cuidado dos transtornos mentais?

O quarto ano de residência em psiquiatria: a experiência em psiquiatria comunitária

Minha inserção na psiquiatria comunitária ocorreu através do quarto ano opcional da residência em psiquiatria no programa desenvolvido pela professora Maria Tavares Cavalcanti: Atenção Psicossocial aos indivíduos portadores de Transtorno Mental Grave em situação de rua. Neste período, tendo como preceptora a Professora Sandra Fortes, fiz um estágio em saúde mental na atenção primária, acompanhando o matriciamento em saúde mental de uma unidade de saúde da família da região administrativa 2.2. Em seguida, participei como aluna do curso de extensão BABEL, promovido pela UERJ, para as equipes de atenção primária e profissionais de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Durante o estágio citado anteriormente, segundo o modelo de filtros de cuidados aos Transtornos Mentais Comuns apresentado por Golberg (1994), pude sair do topo da pirâmide que é o cuidado especializado em uma unidade de alta complexidade (como o Instituto de Psiquiatria da UFRJ) e me aproximar mais da base populacional (clientela atendida pela Estratégia de Saúde da Família). Tal experiência foi muito intensa e transformadora em minha prática profissional.

Se no serviço de triagem do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ era o paciente que adentrava o meu contexto, colocando suas melhores roupas e enfrentando o

transporte precário do Rio de Janeiro para chegar ao ambulatório nas primeiras horas da manhã, no estágio em saúde mental na atenção primária era o inverso: aguardávamos pelo carro da UERJ para nos conduzir à comunidade utilizávamos vestimentas adequadas em que nós fôssemos identificados como profissionais de saúde, para que pudéssemos “subir o morro” com segurança - naquele momento, antes da implantação das UPPs nas comunidades da Tijuca no Rio de Janeiro, estes territórios ainda eram dominados pelo tráfico,. Logo, eram os profissionais de saúde que adentravam no contexto dos usuários. Muitas vezes eram realizadas visitas domiciliares em que literalmente adentrávamos na casa dos usuários, acompanhados geralmente do agente comunitário de saúde.

Esta aproximação com os pacientes em sofrimento mental, cujo contexto de vida é marcado por importante adversidade social e pela violência urbana, foi vivenciada como um certo “choque” de realidade. Embora eu já tivesse atendido, ao longo da faculdade de medicina, pacientes em vulnerabilidade social, trabalhar em uma comunidade do Rio de Janeiro exigia habilidades muito distintas daquelas desenvolvidas durante a residência. Habilidades as quais eu fui adquirindo ao longo da minha experiência profissional, partir da troca com colegas psiquiatras que também realizavam o suporte matricial em outras unidades, do contato diário com os agentes comunitários de saúde, do aprendizado diário ao lado dos Médicos de Família e Comunidade e da busca por referências da antropologia médica e da psiquiatria comunitária.

Nos seminários que participei sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica, pude compartilhar minha experiência de estranhamento diante daquela nova realidade, a sensação de que os pacientes atendidos naquele contexto de vida não eram retratados nos principais tratados de psiquiatria e que o meu conhecimento biomédico acumulado até então era insuficiente para a construção de um plano de cuidado para aquela população.

Ao contrário do que me foi dito durante a residência - quando alguns professores afirmavam que, ao lidar com pacientes internos em uma unidade psiquiátrica de alta complexidade, eu estaria apta a tratar os quadros de baixa e médica complexidade clínica –, eu não tinha as ferramentas necessárias ao cuidado adequado daquelas demandas. e percebi a alta complexidade que envolve o cuidado em saúde mental na atenção primária e o cuidado aos Transtornos Mentais Comum. Apesar da atenção primária trabalhar com o uso de tecnologias leve para o cuidado em saúde, a estruturação do cuidado em saúde mental naquele contexto envolvia um nível de complexidade que o modelo biomédico não era capaz de abarcar.

O sofrimento psíquico entre os usuários da saúde da família, naquele contexto, era moldado por condições sociais adversas e eventos de vida extremos, os quais na epidemiologia costumamos denominar de “Eventos produtores de estresse”. Muitas vezes, entretanto, era

difícil delimitar um evento isolado produtor de estresse. As próprias condições cotidianas daquela população eram por si só extremas e promotoras de estresse, como a luta diária pela subsistência própria e da família, a baixa escolaridade que afetava a compreensão não somente das receitas médicas, mas de seus próprios direitos enquanto usuários de um serviço público de saúde.

Uma demanda comum recaía sobre o sofrimento psíquico das mulheres de meia-idade com baixa escolaridade. Estas muitas vezes trabalhavam como diaristas em casas na Tijuca, enquanto sustentavam suas famílias, em geral, compostas por filhas e netos, e ainda participavam ativamente do cuidado aos mesmos. Era comum a gravidez precoce de suas filhas, as quais não possuíam condições emocionais e financeiras para assumirem os cuidados dos filhos. Além disso, em alguns casos, havia a perda dos filhos para tráfico de drogas, muitos mortos de forma violenta ou vivendo sob regime carcerário.

Assim, esse tipo de evento de vida extremo, como o assassinato de um filho, era acompanhado do estresse diário associado à sobrecarga laboral e doméstica e à violência diária. Nesse sentido, era comum relatos sobre as dificuldades de buscar os netos na escola ou de sair de manhã para trabalhar em função de tiroteios na comunidade. Muitas destas pacientes viviam em um estado de alerta, com queixas somáticas difusas, descontrole pressórico, sintomas tensionais, dificuldades de concentração e de conciliar o sono. Outros relatos recorrentes estavam associados ao sentimento de culpa e vergonha em torno do envolvimento dos filhos no tráfico, às preocupações com o crescimento e desenvolvimento dos netos e à falta de perspectivas de melhores condições de vida.

Lembro-me que a analogia que fiz na época para retratar a minha vivência com as adversidades psicossociais que envolviam as usuárias da comunidade com Transtornos Mentais Comuns foi o drama apresentado no filme Preciosa. Este filme foi baseado no livro Push, de autoria de Ramona Lofton. Ele conta a história de uma mulher negra, gorda e pobre que tem uma filha (portadora de síndrome de Down) com seu próprio pai, e se vê grávida pela segunda vez. Embora o filme retrate o sofrimento emocional associado a circunstâncias muito duras e extremas em outra cultura, ele me remeteu ao contexto de vida daquelas usuárias dos serviços de saúde da família. Estas, além de relatarem histórias dramáticas de vida, eram atravessadas por um somatório adverso de determinantes sociais em saúde e fatores de vulnerabilidade psicossocial. Dentre estes: baixa escolaridade, desemprego, instabilidade financeira, insegurança alimentar, violência familiar e o cuidado a crianças cujo desenvolvimento físico e emocional também é atravessado por este cenário adverso.

Nesse sentido, o filme traduz o caráter propagador não só do abuso sexual, mas das condições de vida adversas para os diferentes membros da família através de gerações. A principal diferença entre a vulnerabilidade da protagonista do filme e a vulnerabilidade das usuárias com Transtornos Mentais Comuns retratadas no meu relato é o caráter individual da primeira e o caráter coletivo da segunda. Como vimos no capítulo anterior, críticos ao Movimento de Saúde Mental Global questionam a eficácia da abordagem individual do sofrimento mental. Estes apontam para a necessidade de mobilizar recursos coletivos no cuidado desta demanda, sobretudo em cenários de adversidade social.

Um exemplo apresentado na literatura e descrito no capítulo anterior consiste na experiência da “Socioterapia”, em Ruanda, após a guerra civil e o genocídio ocorridos em 1994. Acontecimentos que resultaram em um grande número de órfãos, viúvas e indivíduos traumatizados, produzindo, portanto, a fragilização dos laços sociais. No contexto em que a vida comunitária fora interrompida por uma situação extrema de violência coletiva, compreendeu-se que, para além do tratamento dos transtornos mentais quando presentes, era preciso resgatar a conexão social que fora fragilizada pela violência. Era necessário então construir um ambiente seguro, confiável e de suporte a fim de amenizar o sofrimento individual e social (JANEN et al, 2015)

Embora a vivência comunitária das usuárias com TMC não tivesse sido interrompida por uma experiência extrema de violência coletiva, como uma guerra civil, o sofrimento emocional apresentado em seus relatos eram atravessados visceralmente pela violência associada ao tráfico de drogas, a qual também era promotora da fragilização dos laços sociais locais.

Talvez não tenha sido por caso que foi durante o meu trabalho com as equipes de saúde da família dentro de uma comunidade, diante de extrema vulnerabilidade social, que eu pude compreender a importância do envolvimento comunitário no cuidado em saúde mental na atenção primária. Acompanhei, ao longo dos três anos de trabalho nesta comunidade, o efeito da recuperação de um terreno abandonado pela prefeitura do Rio de Janeiro e ocupado pelo tráfico. Esta recuperação promoveu o fortalecimento dos laços comunitários e da saúde mental da população local.

A partir da entrada das Unidades Policiais Pacificadoras (UPPs) e os investimentos crescentes na Estratégia de Saúde Família, o terreno deu lugar a um parque. Este serviu como base para a Academia Carioca e foi palco de diversas ações intersetoriais, assim como promoveu o desenvolvimento da cidadania, participação e organização popular. Destacou-se, entre as ações, o grupo de convivência de mulheres. Estas organizavam atividades manuais

como artesanato, uma estratégia da clínica ampliada em saúde mental, a qual tem seu efeito terapêutico mediado pelo fortalecimento de vínculos, empoderamento e autonomia. O grupo foi premiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no ano de 2017, como um dos principais projetos do país que inovaram na proteção à saúde da mulher (ALVES et al, 2020). Ele contava com o apoio de agentes comunitárias de saúde, psicólogas facilitadoras (algumas membras do NASF) e uma oficineira. As reuniões, de frequência semanal, tinham como foco ações de promoção e educação em saúde para mulheres, além de geração de renda pelas atividades manuais e os efeitos sobre o suporte social e o regaste da autoestima, além da redução da ansiedade e depressão.

Para além da prática de atividade física na academia carioca e da possibilidade geração de renda a partir da participação de um grupo de artesanato, por exemplo, o resgate de um espaço público como área de convivência reforçou os laços comunitários, oferecendo um ambiente seguro, confiável e de suporte para à população. Assim como vimos, a Socioterapia envolve a percepção de que o sofrimento mental individual está intimamente ligado às dificuldades nas relações sociais. Neste sentido, as pessoas são auxiliadas a refletir, a partir do diálogo com seus pares sobre os problemas cotidianos e sobre o sofrimento emocional. Assim, apoiando-se em direção às estratégias de enfrentamento mais produtivas, e aumentando sua capacidade de resolução de problemas.

É interessante refletir sobre as semelhanças entre a Socioterapia proposta por críticos a Saúde Mental Global para a abordagem do sofrimento mental associada às situações de adversidade social (JANSEN et al, 2015) e à Terapia Comunitária Integrativa - prática genuinamente brasileira e hoje presente em 25 países de diferentes continentes. Esta, desde 2017, passou a integrar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2017)

Assim como a Socioterapia teve origem em cenários de adversidade social, a Terapia Comunitária Integrativa foi criada no Ceará, há mais de 30 anos, a partir do trabalho do Professor Adalberto de Paula Barreto com a população da favela em sofrimento psíquico. A maioria desta população era composta por imigrantes que deixaram o interior do país e encontrava-se em situação de miséria. A partir de sua vivência profissional, o Professor Adalberto questionou a efetividade das consultas médicas tradicionais, baseadas na prescrição de medicamentos e na abordagem individual do sofrimento. No atendimento àquela demanda, tanto em termos quantitativos quanto em termos qualitativos e percebendo no fortalecimento da rede social uma prioridade para aquele grupo, tal como na Socioterapia.

Tal como a Socioterapia, a Terapia Comunitária Integrativa tem como base fundamental o fortalecimento dos vínculos sociais e a mobilização de redes de apoio para a promoção de saúde, além da reconquista de espaços comunitários saudáveis, de acolhimento e de partilha de experiências. Nesse sentido, propõe-se uma saída coletiva para o sofrimento mental, sem desconsiderar o caráter pessoal da resolução de questões individuais. A comunidade passa ser agente de sua própria mudança, saindo do lugar de espera (SAÚDE BRASIL, 2020).

Um ponto de distinção entre as duas é o diálogo proposto pela Terapia Comunitária entre a sabedoria popular e a ciência, destacando a importância dos valores culturais e do modelo de crenças para a construção de redes sociais e ações intersetoriais, o que não é descrito na Socioterapia. Segundo a Terapia Comunitária Integrativa, a transformação social só seria possível se considerássemos duas vias: a do conhecimento científico e a da realidade socioeconômica e cultural das pessoas.

O diálogo entre a medicina baseada em evidências e as práticas locais de cuidado, por sua vez, é justamente um dos maiores desafios para a Saúde Mental Global. Nesse sentido, é interessante refletir sobre como foram desenvolvidas ferramentas coletivas de enfrentamento ao sofrimento psíquico, tendo por base a troca de experiências e o fortalecimento das redes sociais e dos laços comunitários. Tudo isso a partir do contato com uma demanda de extrema vulnerabilidade social, em cenários distintos, como o contexto do sofrimento psíquico que se seguiu ao genocídio, a situação de miséria e abandono, pelo – Estado – de imigrantes em uma favela no Ceará e o sofrimento emocional de mulheres cujas histórias de vida são atravessadas pela violência envolvendo o tráfico de drogas.

Em que outros contextos culturais e sociais estratégias semelhantes poderiam ser utilizadas? Quais seriam as adaptações culturais necessárias? Que outras estratégias, tais como estas, já são utilizadas em cenários coletivos diante da adversidade social, e que ainda são desconhecidas ao Movimento de Saúde Mental Global?

Estas reflexões são fundamentais para que o local não somente se aproprie de estratégias globais para a redução da lacuna de tratamento em saúde mental, mas para que as estratégias locais possam também apontar novos caminhos para o campo da Saúde Mental Global.

O choque cultural no encontro com o cuidado na atenção primária: da vivência pessoal para uma questão da saúde mental global.

Ao descrever brevemente a experiência do meu primeiro mergulho no campo da saúde mental na atenção primária, percebo que este não foi somente marcado pela relação entre o sofrimento mental e os determinantes sociais em saúde, mas também pelo choque entre meu contexto sociocultural de origem e o contexto sociocultural das famílias e comunidades assistidas, suas necessidades em saúde, suas formas de comunicar o sofrimento mental e de buscar ajuda em saúde mental.

Enquanto em países desenvolvidos a competência cultural é destacada para a abordagem de minorias étnicas e no cuidado em saúde mental de imigrantes, no contexto brasileiro, a incorporação da competência cultural se faz necessária em função da profunda desigualdade econômica e diferenças culturais apoiadas pela diferença de classes, destaca-se as diferenças socioculturais entre os profissionais de saúde e usuários de serviço, destacando o papel do conceito competência cultural para boas resultados na prática clínica (ORTEGA; WENCESLAU, 2019).

Atualmente, há um crescente reconhecimento de que o cuidado de qualidade em saúde passa também por um cuidado em torno das necessidades em saúde dos usuários que sejam sensíveis ao seu contexto sociocultural e ao seu modelo de crenças e práticas em saúde. Tal atitude contribui para a melhora do vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, da adesão ao tratamento e da própria satisfação do usuário com o cuidado ofertado.

Em sua tese sobre o papel da cultura no matriciamento em saúde mental, Müller (2019) apresenta e desenvolve conceitos importantes para a qualificação do cuidado em saúde. Estes têm em comum um olhar ampliado sobre o papel da cultura além da “capacitação” dos profissionais de saúde a fim de que estes se tornem “culturalmente competentes”. Tais conceitos foram fundamentais para a minha reflexão sobre o choque resultante do meu encontro enquanto profissional de saúde com o campo da atenção básica, bem como para a transformação da minha prática de cuidado a partir deste encontro.

Segundo Curtis (2019), o desenvolvimento da consciência crítica em relação às estruturas de poder e de sua própria cultura não têm como objetivo formar profissionais “competentes” em outras culturas, e sim desenvolver profissionais de saúde capazes de reconhecer e transformar suas práticas. Para tal, destaca-se a tolerância em torno do não saber como um enquadramento profissional (KIRMAYER, 2014).

Nesse sentido, foi somente com o amadurecimento em torno do meu “não saber” que pude refletir sobre minha prática de cuidado e, assim, transformá-la. Esta era a única escolha ética possível diante do encontro com o campo da atenção básica. Nesse sentido, embora eu não fosse uma profissional com um certificado de competência cultural para trabalhar dentro do campo da atenção básica, eu desenvolvi, ao longo da minha trajetória, uma prática que poderia ser caracterizada pela humildade cultural. Esta prática reúne uma série de características como: ser aberta às diferenças, sejam elas étnicas, raciais ou referentes ao status social; ter consciência de sua trajetória e posição nas relações; desenvolver a busca por um ego menos autocentrado, dando espaço para uma relação profissional-paciente mais equilibrada; desenvolver intervenções que reconheçam as particularidades de cada caso e, talvez o mais importante de todos e que realizo através deste trabalho, o movimento crítico e reflexivo em torno de sua prática (FORONDA et al, 2016)

O conceito de competência estrutural, por sua vez, invés de questionar a importância da comunicação interpessoal na prática clínica, sobretudo diante de diferenças culturais evidentes, amplia o olhar do profissional de saúde para além do encontro clínico, considerando os fatores estruturais que moldam o processo saúde-doença. Nesse sentido, encoraja os profissionais de saúde a compreender como as condições sociais, políticas e econômicas produzem desigualdades em saúde, destacando o papel das influências superiores em relação as interações individuais. Dessa forma, incentiva os profissionais de saúde a reconhecer as forças estruturais, como as desigualdades e o estigma, historicamente negligenciadas na educação em saúde, influenciam o encontro clínico. (METZL; HANSEN, 2014).

Neste sentido, a minha experiência como psiquiatra comunitária me colocou diante da insuficiência do paradigma biomédico para abarcar o sofrimento mental, não sendo mais possível para mim ignorar a relação entre as condições de vida e o sofrimento em saúde mental. Torna-se impraticável, por exemplo, atender um paciente, mesmo em uma unidade especializada, sem levar em consideração elementos do seu contexto de vida e cultura para a construção do cuidado em saúde mental. Logo, a partir da vivência da insuficiência do paradigma biomédico e do choque cultural, busquei o desenvolvimento de uma prática de cuidado culturalmente sensível e atenta às questões estruturais que vão além do encontro clínico.

A partir dessa vivência, fui em busca de pares e referenciais teóricos. A fim de uma experiência acadêmica que embasasse minha reflexão em torno destas questões e que me permitisse aprofundar as questões sociais que envolvem o cuidado em saúde, ingressei, em 2011, no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

O matriciamento em saúde mental enquanto residente em psiquiatria

Diante de um cenário social tão adverso, era comum que as usuárias buscassem o apoio das equipes de saúde da família em momentos de crise, quando percebiam a sua capacidade em sustentar as atividades diárias comprometidas pelo sofrimento psíquico vivenciado. Muitas delas eram direcionadas para o matriciamento em saúde mental, o qual acontecia semanalmente com cada equipe da unidade. A dificuldade em torno de um ambiente adequado para o matriciamento era muito comum: as salas eram disputadas entre os diversos profissionais de saúde, também era recorrente ter que interromper a fala de um usuário pois outro membro da equipe precisava de algum material que estava naquela sala de atendimento. A fim de conseguir maior privacidade para os atendimentos, a equipe que estivesse em matriciamento em saúde mental costumava deixar um papel, preso à porta da sala de atendimento, solicitando que não entrassem na sala. Este dizia: “Não interrompa! Matriciamento”.

Aquela folha de papel presa a porta me provocava um certo estranhamento e eu me perguntava se, de fato, os outros profissionais de saúde ou os próprios usuários estariam familiarizados com este termo. A falta de um espaço adequado para o cuidado em saúde mental, infelizmente, é uma realidade ainda presente em muitas unidades. Embora um certo nível de imprevisto fosse esperado para uma atividade acontecia somente uma vez por mês com cada equipe, eu me perguntava sobre como o sofrimento mental era acolhido no cotidiano das equipes, quando aquela folha de papel não ficava presa na porta de atendimento.

Fato é que, no cotidiano de uma equipe de atenção básica, o sofrimento mental deveria ser acolhido juntamente com as outras demandas em saúde, e não separado das mesmas. Da mesma forma, é natural que ele ocorra na própria sala de atendimento da equipe, não sendo necessário nenhum equipamento especial para seu funcionamento. Porém, é fundamental que haja condições mínimas para que o acolhimento se dê: espaço físico adequado, ambiente tranquilo, profissional disponível e ausência de interrupções frequentes do atendimento em função de outras demandas associadas à sala e ao profissional de saúde.

A relação entre a estrutura de cuidado e o processo de trabalho já foi associada a qualidade do cuidado em saúde em outros estudos. Neste sentido, condições de infraestrutura relacionadas à privacidade dos consultórios, além da existência de local para a dispensação de medicamentos, por exemplo, foram avaliadas no PMAQ 2018. Destaca-se, também o

agravamento das limitações estruturais diante de contexto de crise política e econômica. (SANINE; SILVA, 2021).

A falta de espaço físico adequado foi apontada por trabalhos como uma barreira ao cuidado em saúde mental, sobretudo para a realização de intervenções coletivas, como grupos que envolvem atividades manuais e que têm necessidade de espaço para armazenamento da matéria prima. (ALVES et al, 2020).

A pressão de outras demandas de atendimento médico, entretanto, era comum durante o matriciamento em saúde mental. Embora, com o apoio da gestão e do gerente da unidade, a agenda do profissional em matriciamento ficasse oficialmente fechada para a realização do encontro, interrupções eram comuns em função da necessidade de atendimento às demandas espontâneas que chegavam à unidade. A sobrecarga dos profissionais de atenção primária e a pressão pelo atendimento à demanda espontânea não eram somente uma interferência no processo de matriciamento em saúde mental, mas refletiam-se também na falta de um espaço subjetivo para as questões de saúde mental. Estas, portanto, ficavam em segundo plano diante da pressão por atendimentos clínicos de demanda espontânea. A pressão pelo atendimento à demanda espontânea também foi apresentada por outros trabalhos como uma barreira ao cuidado em saúde mental na atenção primária, desviando os profissionais da atenção básica de práticas em grupo e de promoção em saúde mental (ALVES et al, 2020).

É importante destacar que a pressão pelo atendimento à demanda espontânea reduz não só a disponibilidade na agenda do profissional para as atividades de saúde mental, como também reduz sua disponibilidade emocional para lidar com as demandas em saúde mental no cotidiano de seu trabalho além dos matriciamentos e da participação no grupo. Neste contexto de sobrecarga e de falta de condições para o acolhimento em saúde mental, é comum que os usuários silenciem suas questões de saúde mental, a fim de não sobrecarregá-los, alimentando o que Menezes descreveu como “looping anti-terapêutico”, apresentado no capítulo anterior (MENEZES et al, 2019).

O apoio de gerência é fundamental para que as equipes de atenção primária possam estar presentes nas atividades referentes à saúde mental, uma vez que poucas das atividades realizadas são contabilizadas na produção da equipe, ou seja, não pontuam como atividade profissional. Esta é uma barreira no contexto local fundamental, pois limita não somente a participação do médico e do enfermeiro nas atividades de matriciamento, como também a presença de agentes comunitárias de saúde em grupos terapêuticos, comprometendo, por exemplo, o elo entre os grupos da unidade de saúde e a comunidade. Nesse sentido, é indispensável que as atividades relativas às práticas em saúde mental e às atividades em grupo

possam ser incorporadas nas carteiras de serviço a fim de compor a produtividade dos profissionais. (KALI et al, 2020)

Ao longo da minha experiência de três anos como matriciadora em duas unidades de saúde da família em Vila Isabel, tive a oportunidade realizar o matriciamento com uma médica sem experiência prévia com a saúde mental e que trabalhava 40 horas por semana como médica de família. Fizemos juntas o curso BABEL de formação em saúde mental na atenção básica. No início do curso, ela mostrava resistência em ter que lidar com questões de saúde mental, mesmo em prescrever medicações antidepressivas. Foi a partir do curso BABEL e do nosso encontro que, aos poucos, o olhar dela para as questões de saúde mental tornou-se mais sensível e ela pôde, progressivamente, se implicar no cuidado às demandas em saúde mental. O fato de termos desenvolvido um vínculo e a certeza dela de que na semana seguinte eu estaria na unidade e disponível também ao telefone para qualquer intercorrência naquele período foram pontos essenciais para que ela se sentisse realmente apoiada diante das questões relativas à saúde mental.

Em outra unidade, em que o matriciamento se dava junto de um médico de família, o trabalho era centrado no compartilhamento de casos de maior complexidade, pois os quadros leves a moderados já vinham em acompanhamento pelo próprio. Os encontros também eram uma ferramenta importante na mobilização de uma rede de cuidados, permitindo o compartilhamento de alguns casos com o Centro De Atenção Psicossocial da área e outros com a rede ambulatorial. Havia também um contato próximo com os profissionais de psicologia dos CMS, no sentido de construir de um trabalho em rede e compartilhado.

Dessa forma, enquanto o desafio diante da médica de família sem formação em medicina de família era mobilizá-la para o cuidado aos transtornos mentais na atenção primária, com o médico de família o mesmo não ocorria. Pelo contrário, pois a saúde mental constituía mais a área de atuação de medicina de família, especialidade a qual ele almejava. Além disso, sua formação durante a residência já lhe proporcionara diversas ferramentas no cuidado em saúde mental, sendo possível avançarmos no trabalho em rede e no território. A experiência de matricular um médico especializado em medicina de família e comunidade no território escola da UERJ, no período áureo de expansão e investimento na atenção básica, e com a troca dentro deste espaço acadêmico entre os pares, foi fundamental para minha prática pois me permitiu vivenciar a potência do cuidado em saúde mental na atenção primária em condições de trabalho favoráveis. Embora a especialização em medicina de família e comunidade, por si só, não seja garantia da efetivação dos princípios da Estratégia de Saúde da Família no cotidiano das unidades de atenção primária, ela atua em sinergismo com condições de trabalho favoráveis,

favorecendo a qualificação do cuidado na atenção primária, o que abarca o cuidado em saúde mental.

Diante de condições de trabalho favoráveis, podíamos utilizar as principais potências da atenção básica, tal como o vínculo dos usuários com os profissionais de saúde e com o agente comunitário, o cuidado longitudinal e o apoio comunitário, em prol do desenvolvimento de projetos terapêuticos. Neste cenário, era comum ser possível conduzir uma situação de crise sem a necessidade de uma internação, a partir da mobilização dos profissionais da atenção básica para um cuidado intensivo e longitudinal, do suporte do agente de saúde para visitas domiciliares, quando necessárias, e do suporte da própria comunidade, assim como através da articulação da equipe com os vizinhos para a administração de determinado medicamento. É interessante pensar que este mesmo projeto terapêutico seria impraticável em um atendimento ambulatorial, desprovido do contexto do usuário, do vínculo e do cuidado longitudinal com uma equipe de referência, tal como sem o envolvimento familiar e comunitário.

Infelizmente, entretanto, quando diante de condições de trabalho adversas, os pilares principais que sustentam a prática de cuidado na atenção básica estão comprometidos. Neste cenário, observa-se a perda da longitudinalidade do cuidado, a precarização do vínculo entre os profissionais de atenção básica e a população assistida. Como qualificar o cuidado em saúde mental na atenção básica sem que as condições mínimas para que o cuidado ampliado proposto pela Estratégia de Saúde da Família se efetue? Conforme já apontado por outros autores, não é possível analisar a saúde mental como um campo isolado do funcionamento de toda atenção primária a saúde. Para que a integração da saúde mental e a atenção primária funcione é necessária uma atenção primária forte e estruturada preexistente. (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

6.4 O grupo de Transtornos Mentais Comuns na Policlínica Piquet Carneiro

Como parte integrante do Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro (UERJ), ao lado da Professora Sandra Fortes, tive a oportunidade de participar da criação de um novo modelo de cuidado para os pacientes com Transtornos Mentais Comuns em acompanhamento psiquiátrico na Policlínica Piquet Carneiro. Estes usuários, que totalizavam cerca de 200 pacientes, vinham em acompanhamento crônico em uma unidade especializada em psiquiatria. A maioria desses pacientes estavam, há mais de cinco anos, em uso de

antidepressivos e benzodiazepínicos, com predomínio do uso exclusivo de benzodiazepínicos. Assim, estruturaram-se grupos terapêuticos, mediados por psicólogos e psiquiatras, de caráter regular, com frequência bimestral a trimestral, junto aos mesmos pacientes para os quais, além da reavaliação diagnóstica e da revisão do esquema medicamentoso em uso, desenvolvemos um espaço de psicoeducação sobre os transtornos mentais, de acolhimento ao sofrimento mental, de reforço da autoestima, de reforço à participação de grupos comunitários e grupos de promoção à saúde na ESF.

É importante destacar a resistência inicial destes pacientes ao novo modelo de cuidado proposto, uma vez que estavam habituados a consultas rápidas, com o fornecimento de receitas para aquisição de psicofármacos para alguns meses, sem interação com os outros usuários do ambulatório e sem que trouxessem às suas questões de vida para o tratamento. Outra resistência importante recaía sobre a mudança do esquema medicamentoso que vinham em uso há anos, algumas pautadas no uso exclusivo de benzodiazepínico e no tratamento precário de um quadro depressivo. Levou pelo menos um ano para que, a partir do vínculo desenvolvido com os profissionais de saúde, mudanças pudessem acontecer não somente no perfil dos psicofármacos utilizados por esta clientela, como no próprio modelo de cuidado em saúde mental oferecido.

A partir do vínculo entre as usuárias e os profissionais de saúde, e do espaço coletivo formado pelo grupo, os determinantes sociais em saúde (violência, situações traumáticas, desemprego, sobrecarga doméstica) passaram a ser apresentados em suas falas, fundamental para que, aos poucos, as usuárias conseguissem relacioná-los com o seu sofrimento mental. Dessa forma, constatávamos uma mudança da forma de narrarem as suas vivências de adoecimento: antes, pautadas pelo nome dos médicos que os atenderam e as dosagens de cada medicação, depois, retratadas a partir de suas histórias de vida e sua relação com a vulnerabilidade social. Com o tempo, o grupo, de frequência bimensal ou trimensal, passou a representar importante espaço de apoio para aqueles usuários, fortalecendo os laços sociais e favorecendo o levantamento de uma série de recursos comunitários, fundamentais para o enfrentamento das adversidades psicossociais diárias.

A evolução da narrativa destas usuárias reflete a mudança do modelo de cuidado ofertado. Partiu-se da abordagem biomédica dos Transtornos Mentais Comuns, com o atendimento centrado em consultas médicas individuais e na prescrição de psicofármacos, e caminhou-se para o cuidado psicossocial, abarcando os determinantes sociais de saúde e mobilizando recursos comunitários no cuidado em saúde mental.

Este grupo foi objeto de uma dissertação de mestrado do IMS, no Departamento de Planejamento em Saúde, com a orientação do Professor Kenneth Camargo (RODRIGUES,

2016) e o trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Saúde Mental foi apresentado em congressos em saúde mental e na atenção primária. Os resultados destes trabalhos apontam para a relevância da inserção da ferramenta de grupo como proposta de cuidado aos pacientes com TMC e sua dimensão desmedicalizante.

O cuidado aos Transtornos Mentais Comuns em uma unidade básica de saúde: desafios locais a integração da saúde mental e a atenção primária

Alguns anos depois, já como servidora municipal, acompanhei de perto a ampliação da cobertura das equipes de saúde da família na região central do Rio de Janeiro. No período de implantação das equipes, nos deparávamos com duas principais demandas. Uma delas era a de pacientes com transtornos mentais já diagnosticados, e que estavam há anos em acompanhamento em antigos ambulatórios de saúde mental ou dentro de hospitais psiquiátricos, os quais estavam fechando suas portas. A outra era de pacientes provenientes de outros ambulatórios de saúde mental, que estavam sendo encaminhados para sua área de abrangência, em um processo conhecido no SUS como “regionalização”. Além da demanda de pacientes sem histórico de acompanhamento em saúde mental e cuja necessidade de cuidado foi reconhecida pela equipe de saúde da família local.

Nesse sentido, minha entrada como servidora pública no município do Rio de Janeiro coincidiu justamente com a ampliação das equipes de Estratégia de Saúde da Família na região central do Rio de Janeiro, com a reorganização do cuidado ambulatorial em psiquiatria e com a consolidação das equipes de saúde da família como principal “porta de entrada” para as questões de saúde mental. Entre estes pacientes “virgens” de cuidado em saúde mental, o desafio era justamente não reproduzir o modelo biomédico tradicional de atendimento ambulatorial e desenvolver um novo modelo de cuidado em saúde mental integrado às equipes de saúde da família.

Desde minha apresentação como médica psiquiatra nesta unidade, em 2012, vivenciei diversas mudanças na configuração da cobertura da atenção básica e seu efeito sobre os usuários. A primeira foi logo na minha chegada, quando a população, antes atendida pelos profissionais do CMS, foi progressivamente referenciada às equipes de saúde da família, em franca expansão na região central no Rio de Janeiro. Os usuários estavam muito assustados e inseguros diante dessa mudança, pois muitos já eram acompanhados naquele mesmo CMS há

muitos anos, por diversas especialidades (ginecologia, odontologia, nutrição, pediatria, dermatologia, psicologia, fonoaudiologia).

Embora na unidade não houvesse um profissional de psiquiatria anteriormente, através do matriciamento, eu percebia a desconfiança e o incômodo diante do novo modelo proposto para os cuidados primários. As usuárias acostumadas a realizarem o pré-natal com a ginecologista passaram a fazê-lo com a enfermeira da ESF. A puericultura das crianças não estava mais a cargo do pediatra, e sim do médico de família. O desconforto diante destas mudanças atravessava o cuidado em saúde mental, bem como o próprio acompanhamento ambulatorial, não sendo raro que nestes os pacientes questionassem minha opinião sobre o exame preventivo não ser realizado por um médico. Com o passar do tempo, a construção de um vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde da família foi crescendo, a ponto destes lhes trazerem questões relativas à sua saúde mental

Diferente de minhas experiências anteriores de matriciamento em saúde mental, onde eu contava com o apoio de pares e fazia parte de um processo de trabalho já bem estabelecido através da parceria entre a Policlínica Piquet Carneiro com a Secretaria Municipal de Saúde nas unidades de saúde da família da Tijuca, o matriciamento em saúde mental no CMS iniciava-se de forma tímida. Fundamentava-se principalmente por meio do meu contato, enquanto médica psiquiatra do ambulatório, com as equipes de atenção primária que acabavam de chegar nesta unidade. As tensões se agravavam em função do CMS constituir uma unidade de saúde mista, isto é, comportando equipes de atenção primária de servidores municipais de saúde habituados ao atendimento nos moldes tradicionais, incluindo os profissionais da psicologia, e equipes de Estratégia de Saúde da Família, formados em sua maioria por profissionais jovens e contratados nos modelos das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

O meu movimento em direção a um trabalho integrado com as equipes de saúde da família era visto com desconfiança pelos profissionais mais antigos do CMS, os quais percebiam, na transferência de boa parte da população residente na área de abrangência do CMS às equipes de saúde da família, uma ameaça a continuidade do seu trabalho. Nesse sentido, minha carga horária no ambulatório era dividida entre atendimentos conjuntos com as equipes de saúde da família, com visitas domiciliares no território, quando necessário; e atendimentos ambulatoriais individuais aos pacientes com indicação de acompanhamento especializado. Eu também me sentia uma profissional dividida entre dois mundos que não dialogavam: os profissionais da estratégia de saúde da família e os profissionais antigos do CMS. Esta realidade foi se modificando nos anos seguintes, a duras penas, sem, no entanto, eliminar as tensões entre os grupos. Minha saída para este impasse, diante da percepção da disputa de espaço e poder

destas duas áreas (UBS/ESF) era que eu tinha a minha “guarda compartilhada”, justificando o meu transitar entre estes dois moldes de atendimento à atenção primária, único caminho possível para iniciar um processo de integração da saúde mental com a atenção primária.

Alguns anos depois, houve uma mobilização da própria gestão para que os profissionais do CMS trabalhassem dentro da dinâmica do matriciamento. Conduzi, junto da minha unidade, uma capacitação sobre o suporte matricial e fiquei como referência para a construção deste processo de trabalho em nosso cotidiano em serviço. As resistências foram inúmeras, mas, com o passar do tempo de experiência e de troca dos profissionais de saúde mental com os profissionais da atenção básica, construiu-se o vínculo necessário a um trabalho de integração em saúde mental com a atenção primária na unidade.

Nesse sentido, pude observar, ao longo destes quatro anos na interface com as equipes de atenção básica, um avanço expressivo no que tange o acesso dos pacientes com Transtornos Mentais Comuns ao uso dos serviços de saúde, sobretudo, ao tratamento farmacológico quando este era indicado, preenchendo uma importante lacuna no que tange a abordagem desta demanda, conforme o apresentado no primeiro capítulo deste trabalho. A minha percepção e vivência no cuidado farmacológico aos Transtornos Mentais Comuns ao longo da minha prática na interface com as equipes de atenção básica será apresentada na próxima seção, tal como as principais lacunas que envolvem o tratamento farmacológico no contexto local.

A vivência dos psicofármacos na atenção básica

Quando iniciei meu trabalho junto às equipes de atenção primária, em 2009, ainda não havia antidepressivos entre os medicamentos disponibilizados na farmácia das unidades. Recordo-me de situações em que, diante de usuárias com um episódio depressivo com indicação de intervenção medicamentosa, eu prescrevia uma medicação antidepressiva e orientava sua aquisição na farmácia popular por um custo bastante reduzido. À primeira vista, ter os psicofármacos entre os medicamentos da farmácia popular já representava importante avanço no acesso ao tratamento desta clientela. Para a minha surpresa, entretanto, a maioria das pacientes retornavam às consultas sem ter iniciado o medicamento.

Com o tempo de vivência no campo da saúde mental na atenção primária, no Rio de Janeiro, e diante das adversidades sociais enfrentadas diariamente pela população atendida

nestes serviços, dei-me conta de que a farmácia popular era somente um facilitador diante das inúmeras barreiras ao cuidado em saúde mental neste contexto.

A compreensão de que o quadro apresentado requeria cuidados e que era passível de tratamento farmacológico era uma das barreiras. No cotidiano daquelas mulheres, que muitas vezes vivem no limite da sobrevivência, conciliando o trabalho com as atividades domésticas e o cuidado em família, parar para olhar para si já era um ato de resistência. Deslocar-se até a Central do Brasil, localização da única farmácia popular na época e enfrentar uma multidão, estando em sofrimento psíquico, era uma missão, então, quase impossível.

Poucos anos depois, os psicofármacos tornaram-se disponíveis nas farmácias das unidades de atenção primária, facilitando muito o acesso ao tratamento medicamentoso, uma vez que as pacientes saíam da consulta já de posse da medicação para um mês. A barreira enfrentada então era o desconforto dos profissionais da atenção básica em acompanhar os pacientes com transtornos mentais, barreira a qual tentamos transpor até hoje através do suporte matricial. Muito frequentemente, os profissionais de atenção primária atribuíam o sofrimento mental às questões sociais, referindo sentirem-se impotentes diante da vulnerabilidade psicossocial destes usuários e não reconhecendo o seu papel diante destas demandas. Nesse período, tive a oportunidade de participar de oficinas realizadas pela prefeitura do Rio de Janeiro junto das equipes de saúde da família para realizar uma capacitação dos médicos de família no tratamento farmacológico dos transtornos mentais.

Com a consolidação do matriciamento em psiquiatria e diante de profissionais mais seguros em manter ou mesmo iniciar a prescrição de um psicofármaco, a lacuna do ponto de vista farmacológico recaiu sobre a frequente descontinuação no fornecimento destes medicamentos e na dificuldade de manutenção do tratamento. Tornando frequentes, portanto, as recaídas clínicas associadas às irregularidades no fornecimento destes medicamentos. A adesão ao tratamento a longo prazo era outro desafio. O autocuidado parecia caber diante de uma situação de crise com importante comprometimento funcional, mas não no cotidiano destas mulheres, onde inúmeras outras “crises” tinham que ser vencidas diariamente: a da violência doméstica e urbana, do desemprego, da perda de filhos envolvidos no tráfico de drogas, entre outras.

A partir da ampliação do cuidado em saúde mental na atenção primária e do reconhecimento de quadros depressivos e ansiosos com indicação de abordagem medicamentosa, de alta prevalência neste contexto, observou-se também um aumento da prescrição de psicofármacos. Outra demanda importante que se apresentou foi de pacientes que faziam acompanhamento em saúde mental em unidades especializadas, e que, com a ampliação

da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, passaram a dar continuidade ao seu acompanhamento em unidades de saúde da família. Nesse sentido, os poucos ambulatórios especializados restantes, ficaram encarregados de dar suporte aos casos de Transtorno Mental mais graves ou diante de um suporte intensivo em saúde mental.

Dessa forma, a solicitação de renovação das receitas de psicofármacos, passou a representar importante demanda para a equipe de saúde da família, sobrecarregando os médicos de família, visto que deveriam ser renovadas mensalmente para a dispensação na farmácia de referência. Logo, tornou-se corriqueira na prática dos serviços a renovação de receitas controladas sem avaliação médica, um convite a precarização do cuidado em saúde mental e a cronificação dos transtornos mentais, tal como o observado nos antigos ambulatórios de saúde mental.

Nesse contexto, um parecer do Conselho Federal de Medicina em resposta a uma médica de família sobrecarregada diante da alta demanda de receitas de psicofármacos:

Realmente esta consulta merece reflexões. Porém, pelo aqui demonstrado, quer no que determina a Anvisa, quer nos aspectos semióticos e psicopatológicos, a prescrição médica deve ser sempre precedida de uma avaliação clínica, contudo, considerando os problemas socioeconômicos e má qualidade dos serviços de saúde em termos do número reduzido de médicos, não vejo outra saída a não ser a de que os pacientes que necessitam medicamentos de uso prolongado devam comparecer as consultas médicas em intervalos de , no máximo, noventa dias, e que as prescrições sejam feitas quando do momento das consultas, em consonância com a boa prática médica. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Lacunas no cuidado em saúde mental: o cuidado em saúde mental para além do acesso à medicação

Como apresentado na seção anterior, desde a minha posse como servidora municipal e do início do trabalho com as equipes de saúde da família, observei uma expressiva ampliação do acesso ao tratamento farmacológico dos Transtornos Mentais Comuns entre os usuários da atenção primária. Fato que representa importante conquista em termos de acesso ao cuidado em saúde mental. Infelizmente, entretanto, o mesmo avanço não ocorreu em relação ao cuidado ampliado em saúde mental, e é esta a lacuna que esta pesquisa se propôs investigar.

É importante destacar que a consolidação do matriciamento em saúde mental, com a participação mais expressiva da psicologia, aconteceu de forma mais tardia e lenta. Este fator se deve, muito possivelmente, às particularidades locais, quando o matriciamento inicialmente

era feito pelos próprios ambulatórios de saúde mental, visto que não há centros de atenção psicossocial na região central do Rio de Janeiro. Ainda não havia também, no início da expansão das equipes de saúde da família, um Núcleo de Apoio as Equipes de Saúde da Família que fosse referência para esta população. Nesse sentido, ao ter que mobilizar profissionais acostumados a trabalhar nos moldes do atendimento tradicional em saúde mental, isto é, centrados nos atendimentos individuais e isolados das equipes de saúde da família, era um investimento a longo prazo.

A consolidação do matriciamento em saúde mental, com a participação mais expressiva da psicologia, ampliou o olhar sobre o cuidado em saúde mental e se mostrou uma ferramenta fundamental para a qualificar o cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária. No cotidiano das equipes, entretanto, deparamo-nos com inúmeras lacunas no que tange à consolidação de um modelo ampliado de cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, a construção do matriciamento em saúde mental foi um processo longo, até que as equipes e os profissionais de saúde mental adquirissem um vínculo e, assim, conseguissem de fato compartilhar o cuidado de pacientes no território. O cuidado integral apresentou-se como um desafio na prática da saúde mental na atenção primária. Com o tempo de consolidação do suporte matricial, tornava-se rotineira a criação de uma “agenda paralela” para a saúde mental, quando eram agendadas as interconsultas em saúde mental, em geral com o médico de família, com o matriciador em saúde mental e com o paciente. Neste contexto, era comum nos depararmos com casos sequer atendidos previamente pela equipe de Estratégia de Saúde da Família, sendo demandas reconhecidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou encaminhadas de outros setores para o cuidado em saúde mental e que eram dirigidos diretamente para o matriciamento em saúde mental.

Os pacientes em acompanhamento em saúde mental pela ESF se queixavam da mudança frequente de médicos, muitas vezes não havendo sequer tempo necessário para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança: “quando a gente se acostuma o médico sai, aí tenho que contar tudo de novo”. Sem uma figura de referência para o usuário, o vínculo fica comprometido e o cuidado em saúde mental também. A continuidade do cuidado, infelizmente, muitas vezes se restringe aos dados do prontuário eletrônico e às receitas das medicações prescritas.

Uma barreira importante ao cuidado adequado em saúde mental recai sobre a instabilidade das equipes de saúde da família e sobre as mudanças frequentes no território adscrito por cada equipe. Estas mudanças frequentes na constituição da equipe, com uma alta rotatividade dos profissionais médicos em função de questões salariais, por motivos pessoais ou

pelo próprio esgotamento profissional - que eram bastante comuns, não somente entre os médicos, como também entre os enfermeiros e agentes comunitários de saúde, como o relatado pela literatura.

Paralelamente, o trabalho de matriciamento entre as equipes de atenção primária e as equipes de saúde mental também está sempre sujeito à um recomeço, com a necessidade de nova vinculação entre os profissionais e o início de uma dinâmica de trabalho que, mesmo com o a consolidação do suporte matricial como instrumento de integração entre a saúde mental na atenção primária, exige um constante investimento para que não se reproduza a ótica ambulatorial.

Como profissional de saúde mental e servidora pública há quase dez anos alocada em uma mesma unidade com uma mesma área de abrangência, minha sensação diante da saída de cada médico de família, com quem foi possível construir um trabalho integrado entre a saúde mental e a atenção primária, é ainda de um certo vazio, uma lacuna, sobretudo quando penso no reflexo desta saída para a saúde mental dos usuários. É uma sensação de perda, de interrupção de um processo. “Quando o trabalho evolui e a gente começa a se entender, o profissional sai”. A solidão também vem da percepção de que você, e não a equipe de referência, é quem muitas vezes permanece no cuidado daqueles pacientes, e que se torna a referência para o usuário diante da rotatividade dos profissionais da atenção primária.

Nesse sentido, minha vivência pessoal aponta para uma percepção clara da potência do trabalho interdisciplinar para o cuidado em saúde mental na atenção básica. Entretanto, leva em consideração também a vivência da fragilidade desse cuidado compartilhado diante da crise da saúde no Rio de Janeiro e da alta rotatividade dos profissionais da atenção básica. Esta é uma barreira fundamental para a vinculação não somente dos usuários com os profissionais de saúde, como também para o vínculo entre os profissionais envolvidos com o cuidado em saúde mental, o que leva à fragilização da própria rede de cuidados.

A precariedade deste vínculo, por sua vez, se reflete nas constantes interrupções na construção de um trabalho compartilhado. Fator que prejudica o avanço do suporte matricial para além da discussão de casos e atendimentos conjuntos, como é o caso da construção de grupos terapêuticos, intervenções comunitárias e práticas de cuidado intersetorial.

Referências

- ALVES, K. V. G. et al. Grupos de artesanato na atenção primária como apoio em saúde mental de mulheres: estudo de implementação. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 25, n. 1. 2020.
- BARRETO, A. Terapia comunitária passo a passo. In: *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza, LCR. 2005.
- CHANG, H. Autoethnography in Health Research: Growing Pains?. *Qualitative Health Research*, v. 26, n. 4. 2016.
- FORONDA, C. et al. Cultural Humility: A Concept Analysis. *J Transcult Nurs*. 2016 May;27(3):210-7. doi: 10.1177/1043659615592677. Epub 2015 Jun 28. PMID: 2612261
- GODOI, M. R.; NEVES, L. Corpo, violência sexual, vulnerabilidade e educação libertadora no filme " Preciosa: uma história de esperança". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16. 2012.
- GOLDBERG, D.; GOODYER, I.. As origens e o curso dos transtornos mentais comuns. Nova York: Routledge. 2014.
- KIRMAYER, L. J. Culture and Global Mental Health. In: V. Patel, H. Minas, A. Cohen, M. J. Prince (Orgs.). *Global Mental Health: Principles and practices*. Oxford: Oxford University Press.. 2014
- MELO, A. et al. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24. 2019.
- METZL, J. M.; HANSEN, H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*, v. 103. 2014.
- MÜLLER, M. R. Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- RODRIGUES, Helen. Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da saúde mental. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- SANTOS. M. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. *Plural*, v. 24, n. 1. 2017.
- WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.19. 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em saúde mental global integra várias disciplinas, combinando diferentes métodos a fim de melhorar o acesso ao cuidado em saúde mental. As intervenções baseadas em evidência são importantes para guiar as ações em saúde mental, mas têm como limitação a complexidade de traduzir propostas globais e conhecimentos gerais em estratégias culturalmente apropriadas e efetivas. Nesse sentido, o envolvimento de usuários e trabalhadores de ponta na pesquisa é uma forma de assegurar que as prioridades locais sejam reconhecidas e contempladas no desenvolvimento de intervenções.

Este trabalho de tese também buscou integrar diferentes áreas do campo da Saúde Coletiva, a epidemiologia e as ciências humanas em saúde, a fim de aprofundar a investigação em torno das lacunas ao cuidado aos Transtornos Mentais no contexto da Atenção Primária a Saúde no contexto local. Paralelamente, é através da integração de sua dimensão quantitativa e qualitativa, que se almeja apontar novas direções para a pesquisa em Saúde Mental Global, tal como contribuir para a qualificação do cuidado em saúde mental no contexto local.

Como vimos, os resultados apontam para diversas “lacunas” por trás da “lacuna de tratamento”, apontando os limites do conceito “Mental Health Gap” para abarcar a complexidade que envolve o acesso ao cuidado em saúde mental no da atenção primária. O presente trabalho revelou que o uso de serviços médicos, não é, por si só, sinônimo de acesso ao cuidado em saúde mental. Uma vez que a lacuna de tratamento aos Transtornos Mentais Comuns dentro das unidades de saúde da família aproxima-se das medidas de lacuna de tratamento dentro da própria comunidade, é imprescindível refletirmos sobre as ações necessárias para que a atenção primária, principal porta de entrada hoje para o cuidado em saúde mental, consiga efetivar não somente a ampliação do acesso ao tratamento aos Transtornos Mentais Comuns, como também qualificar o cuidado em saúde mental neste contexto.

No estudo quantitativo, o predomínio do uso exclusivo de benzodiazepínicos frente ao uso de antidepressivos entre mulheres com Transtornos Mentais Comuns de intensidade grave atendidas no Rio de Janeiro, Fortaleza e Petrópolis, ao contrário do observado em Porto Alegre e São Paulo, apontam não somente para a precariedade do cuidado em saúde mental em algumas unidades, como também para o caráter heterogêneo da lacuna de cuidado aos Transtornos Mentais Comuns no contexto nacional.

A heterogeneidade das lacunas de cuidado em saúde mental na atenção primária no território nacional também se reflete na dimensão qualitativa deste trabalho, com estudos

avaliativos conduzidos em municípios da Região Sul do país em que a principal lacuna ao cuidado em saúde mental recaiu sobre a menor disponibilidade de intervenções psicossociais em comparação às condutas medicamentosas, aproximando-as da realidade dos países de alta renda, enquanto em outras unidades. a descontinuidade na distribuição dos psicofármacos ainda foi apontada como uma das principais barreiras ao cuidado em saúde mental, aproximando-a da realidade dos países de baixa renda.

As desigualdades regionais no que tange à qualidade da atenção básica e a estruturação do cuidado em saúde mental no Brasil já foram apresentadas na literatura por estudos que analisaram dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apontando para a melhor organização dos sistemas de saúde nos estratos com as melhores condições de vida. Estudos realizados a partir dos dados do PMAQ 2012 revelam menores níveis de apoio matricial na região Norte e Centro-Oeste e maiores na região Sul de Sudeste (SOBRINHO; SANTOS, 2014). Os estudos mais recentes que analisaram dados do PMAQ de 2018, por sua vez, revelam discrepâncias entre a região norte e nordeste em relação a direção sul e sudeste na organização dos serviços de atenção primária e na estruturação do cuidado em saúde mental (SANINE; SILVA, 2021).

A influência das disparidades sociais e geográficas na lacuna de tratamento dos transtornos mentais no território nacional já foi apontada por outros estudos. Em estudo nacional, representativo da base populacional sobre a lacuna de tratamento para a depressão, residir na região norte e possuir menor renda estiveram associados a menor probabilidade de ter acesso ao tratamento. (LOPES et al, 2016).

Logo, os resultados quantitativos apontam para a lei de cuidados inversos no que tange a abordagem farmacológica do cuidado em saúde mental, com os que mais necessitam de tratamento tendo menor acesso ao mesmo, tal como ter o tratamento mais precarizado. Este padrão também pode ser observado nos resultados qualitativos deste trabalho, em que a vulnerabilidade social foi percebida como uma barreira ao cuidado adequado pelos profissionais da atenção básica. Embora o padrão de dispensação medicamentosa entre os médicos de família não tenha sido o foco desta pesquisa, recente meta-análise conduzida em países europeus revelou que a prescrição de benzodiazepínicos esteve associada à impotência dos médicos de família diante da vulnerabilidade social dos pacientes, sendo encarados por estes um “mal menor” diante das mazelas da vida dos usuários. (SIRDIFIELD et al, 2013).

A literatura, entretanto, questiona a efetividade do tratamento em saúde mental baseado na oferta exclusiva do tratamento farmacológico para os pacientes em vulnerabilidade social, apontando para a importância das intervenções psicossociais neste cenário. Nesse sentido, para

além da oferta adequada de psicofármacos, faz-se necessário desenvolver estratégias que abarquem também determinantes sociais de saúde associados aos Transtornos Mentais Comuns, como estratégias de habitação e de geração de renda. A ampliação do tratamento em saúde mental na atenção primária não terá sucesso na redução do “mental health gap”, portanto, quando não abarcar os determinantes sociais de saúde associados aos mesmos, o que envolve a percepção de modelo ampliado de cuidado em saúde, considerando as condições culturais e econômicas associadas aos Transtornos Mentais Comuns.

No braço qualitativo desta pesquisa, descrevemos algumas potentes intervenções realizadas no contexto da Atenção Primária brasileira para a abordagem aos Transtornos Mentais Comuns, tais como a Terapia Comunitária e grupos de artesanato que atuam enquanto espaços de convivência, fortalecimento das redes de apoio social e tem uma função geradora de renda. Estratégias desmedicalizantes, tais como grupos de “desprescrição” de benzodiazepínicos, apontam para possíveis caminhos em direção ao cuidado ampliado em saúde mental. Apesar das ações descritas revelarem a potência do cuidado em saúde mental na atenção básica, trata-se de iniciativas isoladas, tornando o cuidado ampliado em saúde mental ainda um objetivo a ser alcançado pelas equipes de atenção básica, o que não significa que ele não seja almejado na prática cotidiana de diversos profissionais da saúde mental e da atenção primária no cotidiano das unidades de saúde da família.

Os resultados apontam para importantes lacunas no que tange a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde mental na atenção básica, princípios fundamentais para a consolidação do acolhimento a saúde mental e a construção de projetos terapêuticos que envolvam o território e intervenções psicossociais que abarquem os determinantes sociais de saúde. Importante barreira para a qualificação do cuidado em saúde mental na atenção primária recai sobre a incorporação pela Estratégia de Saúde da Família de um modelo de atenção que privilegia a lógica da produtividade e o atendimento da demanda espontânea, desviando os profissionais de saúde da família do cuidado integral, interdisciplinar e comunitário, fundamental para o desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.; COUTINHO, E; PEPE, V. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 10, p. 5-16. 1994.

ALONSO, J. et al. EsemD/MhedeA Investigators. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd) project. **Acta Psychiatr Scand**, Suppl 420, p. 55-64. 2004.

ANDRADE, L. et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS One**, n. 7, v. 2. 2012.

AYALON, L. et al. Factors associated with the type of psychotropic medications purchased for common mental disorders in the largest managed care organization in Israel. **Int J Psychiatry Med**, n. 44, v. 1, p. 91-102. 2012.

ALI SADRUDDIN, A. F. **Global Mental Health: Anthropological Perspectives**. KOHRT, B.; MENDENHALL, E. (eds). Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2015, 389 pp.. Medical Anthropology Quarterly. 2015.

ALONSO, J. et al. EsemD/MhedeA Investigators. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd) project. **Acta Psychiatr Scand**, Suppl 420, p. 55-64. 2004.

ATHIÉ, K. et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. **Ciencia & saude coletiva**, n. 22, p. 75-86. 2017.

BALESTRIERI, M. et al. Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, n. 39, v. 3, p. 71-176. 2004.

BARTER, G.; CORMACK, M. The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences. **Fam Pract**, n. 13, v. 6, p.491-497. 1996.

BECKER, A.; KLEINMAN, A. Mental health and the global agenda. **New England Journal of Medicine**, n. 369, v. 1, p. 66-73. 2013

CHISHOLM, D. et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. **The Lancet**, n. 370, v. 9594, p. 1241-1252. 2007.

CARVALHO, L.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, n. 9, v. 1, p. 121-129, 2004.

COLLINS, P. et al. Grand challenges in global mental health. **Nature**, n. 475, v. 7354. 2011.

CORREIA, C. **Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial**. 86 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva-IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2014.

CONSELHO Federal de Medicina, **PARECER N 20-2018**

CHISHOLM, D. et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. **The Lancet**, n. 370, v. 9594, p. 1241-1252. 2007.

CORDIOLI, V. **Psicofármacos**. Artmed Editora, 2010.

COOPERSTOCK, R. et al. Some social meanings of tranquilizer use. **Sociology of Health & Illness**, n. 1, v. 3, p. 331-347. 1979.

CEPOIU, M. et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. **J Gen Intern Med**, n. 23, v. 1, p. 25-36. 2008.

DANTAS, G. et al. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos na atenção primária. **Revista HCPA**, n. 4, v. 31. 2012.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 8, p. 454-466. 2005.

Firmino, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, p. 157-166. 2012.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil**. 165 p. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva- IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petropolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Rev Bras Psiquiatr**, n. 33, v. 2, p. 150-156. 2011.

FORTES, S.; VILLANO, L; LOPES, C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr** n. 30, p. 1, p. 32-37. 2008.

FERNANDO, S. A 'global' mental health program or markets for Big Pharma?. **Nature**, n. 475, p. 27-30. 2011.

GALLEGUILLOS, T. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Revista médica de Chile**, n. 131, p.535-540. 2003.

GOLDBERG, D. **A bio-social model for common mental disorders**. **Acta Psychiatr Scand**, Suppl 385, p. 66-70. 1994.

GONÇALVES, D. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de saude publica**, n. 30, p. 623-632. 2014.

GROLEAU, D.; YOUNG, A.; KIRMAYER, L. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. **Transcultural psychiatry**, n. 43, v. 4. 2006

GONÇALVES, D. et al. Evaluation of mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre and post study. **General Hospital Psychiatry** (accepted for publication). 2013.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia: mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 21, v.1. 1999.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, n. 33, p. 151-161. 2007.

HELMAN, C. 'Tonic', 'fuel' and 'food': social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs. **Soc Sci Med B**, n. 15, v. 4, p. 521-533. 1981.

KASSAM, A.; PATTEN, S. Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians. **Popul Health Metr**, n. 4, v. 15. 2006.

KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. **Bulletin of the World health Organization**, n. 82, v. 11, p. 858-866. 2004.

KOVRT, B.; MENDENHALL, E. (eds). **Global mental health: anthropological perspectives**. Vol. 2. Routledge, 2016.

LEAL, E., et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento- MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, p. 2393-2402. 2016.

LOPES, C. et al. **Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey–PNS**. **International journal for equity in health**, n.15, v. 1. 2016

LECRUBIER, Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. **J Clin Psychiatry**, n. 68, Suppl 2, p. 36-41. 2007.

LIMA, M. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, n. 42: 717-723. 2008.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 22, p. 1639-1648. 2006.

MARI, J. et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. **Psychol Med**, n. 23, v. 2, p. 467-474. 1993.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. **Psychol Med**, n. 15, v. 3, p. 651-659. 1985.

MENEZES, A.; CORREIA, C. **Curso de Capacitação de Saúde Mental na Atenção Primária da UNASUS-MA** (versão EAD). Módulo 4: Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária, Transtornos Mentais Comuns, São Luiz, MA, 2016

MENEZES, A. et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. 23, e170803. 2019

MENEZES, A. et al. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da saúde mental global: uma revisão integrativa. **Cad. Saúde Pública**, [s.d.]

MINISTÉRIO da Saúde. 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. 85 p. 2007.

MIRANDA C. et al. O Consumo de Psicofármacos no Brasil. In: OMS. **O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos**. OMS, Rio de Janeiro. 1997.

NORDON, D. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, n. 31, p. 152-158. 2009.

ORNSTEIN, S.; STUART, G.; JENKINS, R. Depression diagnoses and antidepressant use in primary care practices: a study from the Practice Partner Research Network (PPRNet). **J Fam Pract**, n. 49, v. 1, p. 68-72. 2000.

OSTERWEIS, M.; BUSH, P.; ZUCKERMAN, A. Family context as a predictor of individual medicine use. **Soc Sci Med**, n. 13^a, v. 3, p. 287-291. 1979.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bull World Health Organ**, n. 81, v. 8, p. 609-615. 2003.

PATEL, V. et al (orgs). **Global mental health: principles and practice**. Oxford University Press, 2013.

PARIENTE, P.; LEPINE, J.; LELLOUCH, J. Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample. **Psychol Med**, n. 22, v. 1, p. 181-190. 1992.

PIEK, E. et al. Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. **PLoS One**, n. 6, v. 3, e14784. 2011.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The lancet**, n. 370, v. 9590, p. 859-877. 2007.

RASSOOL, G. The rational use of psychoactive substances. **Nurs Stand**, n. 9, v. 21, p. 45-51; quiz 52. 2005.

RIBEIRO, C. et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. São Paulo, **Med J** n. 125, v. 5, p. 270-274. 2007.

RODRIGUES, H. **Medicalização e benzodiazepínicos: o olhar do usuário crônico às margens da saúde mental**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva- IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2016

RODRIGUES, M.; L. A. FACCHINI, L.; LIMA, M. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n. 40, p. 107-114. 2006.

STAFFORD, R. et al. National Patterns of Depression Treatment in Primary Care. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**. n. 2, v. 6, p. 211-216. 2000.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Artmed Editora, 2010.

TESSER, C.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 15, p. 3615-3624. 2010.

TOFOLI, L.; FORTES, S. Apoio Matricial em Saúde Mental no município de Sobral – O relato de uma experiência. **Sanare Rev de Políticas Públicas**, n. 6, v. 2, p.34-42, jul./dez. 2007.

THOITS, P. Multiple identities and psychological well-being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis. **Am Sociol Ver**, n. 48, v.2, p. 174-187. 1983.

TRIFIRÒ, G. et al. A nationwide prospective study on prescribing pattern of antidepressant drugs in Italian primary care. **European Journal of Clinical Pharmacology** n. 69, v. 2, p. 227-236. 2013.

THOMAS, J.; HARDEN, A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. **BMC Med Res Methodol** 8, 45 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n.20. 2004.

VEDIA URGELL, C. et al. Study of use of psychiatric drugs in primary care. **Aten Primaria** n. 36, v.5, 239-245. 2005.

WELLMAN, B. **Applying network analysis to the study of support: Social networks and social support**. Berverly Hills; Sage publication. 171-200. 1981.

WEYERER, S.; DILLING, H. Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. **J Clin Epidemiol** , n.44, v.3, 303-311. 1991.

WORLD Health Organization. **Integrating mental health into primary health care a global perspective**. Geneva: WHO. VII, 170p. 2008.

WORLD Health Organization. **Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. Geneva: WHO. 2008.

WHO/NORDISKA LAKEMEDELNAMNDEN. **Guidelines for ATC Classification. Norway:WHO Collaborating Centre for Drug Statistic Methodology/Sweden**. Nordic Council on Medicines. 1993.

WORLD Health Organization. **The World Health Report 2001**. Mental health: new understanding, new hope. Geneva:World Health Organization, 2001.

WORLD Health Organization. **mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**. MENTAL Health Gap Action Programme (mhGAP). Genebra, 2010.

ZANDSTRA, S. et al. Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, n. 37, v.3, 139-144. 2002.