



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Alice Lopes do Amaral Menezes

**Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns  
na Atenção Primária à Saúde**

Rio de Janeiro

2012

Alice Lopes do Amaral Menezes

**Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns  
na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra L. Correia Lima Fortes

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M543 Menezes, Alice Lopes do Amaral.  
Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na  
Atenção Primária à Saúde / Alice Lopes do Amaral Menezes. – 2012.  
176 f.

Orientador: Benilton Carlos Bezerra Junior  
Coorientadora: Sandra Lucia Correia Lima Fortes  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Atenção primária à saúde – Teses. 2. Transtornos mentais –  
Teses. 3. Ansiedade – Teses. 4. Depressão mental – Teses. 5.  
Sofrimento – Teses. 6. Tratamento – Teses. I. Bezerra Junior, Benilton  
Carlos. II. Fortes, Sandra Lucia Correia Lima. III. Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614(81)

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

---

Assinatura

---

Data

Alice Lopes do Amaral Menezes

**Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns  
na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e da Saúde.

Aprovado em:

Orientador: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior  
Instituto de Medicina Social da UERJ

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Sandra Lucia Correia Lima Fortes  
Faculdade de Ciências Médicas da UERJ

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rafaela Zorzanelli  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Paula Cerqueira Gomes  
Instituto de Psiquiatria da UFRJ

---

Prof. Dr. Dinarte Alexandre Prietto Ballester  
Sistema de Saúde Mãe de Deus

Rio de Janeiro

2012

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu marido Marcus, que, mesmo sem ser profissional de saúde, cuida de mim. Sem seu suporte, esta conquista não seria possível. Seu carinho e paciência tornaram as dificuldades mais leves, sua companhia tornou o caminho mais agradável e prazeroso. Para mim, você é fonte de paz, amor e bem estar.

## AGRADECIMENTOS

Ao milagre da vida por me fazer humana: capaz de sofrer e igualmente de amar. E também de tecer muitos vínculos, razão do viver.

À minha mãe Estela, pela disponibilidade. Mais do que revisar esta dissertação, você inaugurou um processo de trocas curativas.

Ao meu pai Ricardo Augusto, pelo suporte tecnológico e por manter acesa a esperança de que conseguiria concluir este trabalho. À Márcia pela clarividência sempre amorosa.

À minha irmã Aline e sua família, pela torcida mesmo que distante.

Aos tios Beatriz e Maurice, os médicos de uma extensa família, por compartilharem o interesse pela área da saúde. Em especial à Bia por me ensinar carinhosamente como fazer um bom levantamento bibliográfico, pelas discussões intermináveis sobre informação em saúde e ajuda junto às bibliotecas da Fiocruz.

Aos educadores, mestres e doutores da família, pela inspiração.

Aos meus sogros, pelo carinho e respeito.

Ao orientador Benilton Bezerra, pela liberdade de me expressar e ao mesmo tempo desconstruir quaisquer ideias “obviolulantes”.

À querida coorientadora Sandra Fortes, por apostar em mim desde 2007, pela generosidade de compartilhar seu conhecimento, motivação comum de aliviar o sofrimento humano e ser fonte constante de admiração e inspiração.

À Rafaela Zorzanelli, pelo interesse comum em Bowlby, pela quase orientação acadêmica e ajuda com a bibliografia.

À banca examinadora, pela gentileza e interesse em analisar meu trabalho.

Ao CNPQ, cuja bolsa permitiu desbravar novos caminhos.

Aos professores do IMS, por iluminar novos conhecimentos.

Aos colegas do IMS, por trocar novos conhecimentos.

Aos colegas de orientação, por tornar o grupo interessante.

Aos colegas de mestrado Adriana Shad, Ailton Santos, Bárbara Costa, Bianca Alfano, Catarine Vieira, Conchita Pazo, Denise Barros, Gisela Giannerini, Luna Rodrigues, Paula Gaudenzi, Vinícius Miranda e Rita de Moraes, por dividir confidências, infortúnios e conquistas da academia.

À secretaria acadêmica, na presença de Eliete, Márcia, Sílvia, Simone pelo “orelhão” sempre a postos e por agilizar os processos administrativos.

À equipe da biblioteca do IMS, pela pronta assistência.

Aos amigos queridos, pela presença mesmo que eu estivesse quase ausente. Que bom que vocês não me abandonaram!

À fiel escudeira e orientadora de coração Luanda Cruz, pela parceria e incentivo, principalmente nos momentos de desespero máximo.

Aos anjos da guarda Luis Fernando Machado e Paulo Kirschner, pela mágica.

Às colegas do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária a Saúde (LIPAPS) Angela Machado, Celina Ragoni, Juliana Seabra, Kali Venus, Karen Athié, Katrina Pereira e a todo grupo, pelo coleguismo e divertidas trocas.

À Elen Quintanilha, por compartilhar – com amor fraternal – esse caminho desde os estudos preparatórios para a prova do IMS lá em Petrópolis comendo muita abóbora para alimentar os neurônios!

À Elizabeth Pini e José Roberto Muniz, pelo convite para exercitar a docência na Psicologia Médica.

Aos sempre incentivadores Ana Cristina Felisberto, Carmem Lemos, Claudia Damasceno, Lizete Macário, Luiz Fernando Chazan, Luiz Granato e Vivian Fraga.

À Regina Corte, pelo carinhoso acompanhamento no longo processo de desenvolver uma nova carreira na Saúde e na área acadêmica. Taí, demorou, mas “tô” chegando lá!

E a todos aqueles que, mesmo não mencionados, cruzaram e enriqueceram o meu caminho durante esse período.

**SALVE, SALVE!**

Sofrer para ser formosa.  
*(ditado familiar, bivó Amélia).*

Que todos os seres desfrutem sempre da felicidade e das causas da felicidade,  
Que todos os seres sejam sempre livres do sofrimento e das causas do sofrimento,  
Que todos os seres nunca se afastem da bem-aventurança que é livre do sofrimento,  
livre das confusões da mente dualista, livre da escravidão do ódio e do desejo,  
Que todos os seres possam sempre viver na calma alegria da equanimidade.  
*(prece tradicional budista – Tarthang Tulku, 2009).*



## RESUMO

MENEZES, Alice Lopes do Amaral. *Intervenções psicossociais para Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde*. 2012. 176f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), especialmente ansiedade e depressão, são altamente prevalentes, independentemente das dificuldades com a sua classificação. Na Atenção Primária à Saúde (APS), representada no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), essas condições são pouco detectadas e tratadas, o que resulta em sobrecarga para pacientes, famílias e comunidades, além de prejuízos sociais e econômicos. Tal situação pode ser atenuada integrando-se cuidados de saúde mental à atenção básica. Nesse sentido, objetivou-se identificar e analisar as intervenções psicossociais voltadas para o cuidado do sofrimento psíquico e dos TMC atualmente empregadas na APS, no Brasil e no exterior. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura nacional e internacional através das bases de dados MEDLINE/PubMed e LILACS/BVS. As intervenções identificadas foram reunidas em dois grupos. No primeiro, incluíram-se as intervenções com formato tradicional em que um profissional graduado conduz o tratamento presencialmente, enquanto no segundo grupo foram alocados os arranjos diferenciados em que o contato com o profissional é reduzido e seu papel é mais o de facilitar do que de liderar o tratamento, tal como nas intervenções com o uso de mão de obra leiga em saúde, suporte ao autocuidado, e sistemas automatizados ou pacotes de tratamento informatizados oferecidos via internet. Teoricamente, Terapia Interpessoal, Terapia Cognitivo-comportamental e Terapia de Solução de Problemas embasaram as intervenções. Na APS internacional, as intervenções são breves e bastante estruturadas, incluindo um plano de ação definido em um manual de aplicação. Na Estratégia de Saúde da Família destacaram-se as intervenções grupais e a Terapia Comunitária, modelo especialmente desenvolvido por brasileiros. Verificou-se que os TMC ganham visibilidade à medida que a APS se consolida no território e próxima à população. No exterior, a integração da saúde mental na APS é um processo em consolidação e há crescente “tecnificação” das intervenções psicossociais, enquanto, no Brasil, a aproximação da APS com a ESF é recente e não há um padrão de atuação consolidado. Resultados insuficientes ou controversos impediram concluir quais são as melhores intervenções, porém a alta prevalência dos TMC e o potencial de cuidado do setor da APS exigem que as pesquisas continuem.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Transtornos Mentais Comuns. Ansiedade. Depressão. Sofrimento psíquico. Intervenção psicossocial.

## ABSTRACT

Psychosocial interventions for Common Mental Disorders in Primary Health Care. Common mental disorders (CMD), especially anxiety and depression, are highly prevalent, in spite of difficulties in their classification. In Primary Health Care (PHC), represented in Brazil by Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família), these conditions are not well detected, or treated. This results in burden for the patients, their families and communities, as well as causes social and economic losses. Integrating mental health care into primary care can diminish this situation. In this sense, the goal is to identify and analyze different kinds of psychosocial interventions currently adopted in PHC locally and internationally in order to provide care for mental suffering and CMD. Accordingly, a national and international literature review was conducted through LILACS and MEDLINE bibliographic databases. The identified interventions were gathered in two groups. In the first, was the more traditional type of treatment where a qualified professional performs the treatment face-to-face, while the second group was made of different arrangements where contact with the professional was reduced and his role was more of a facilitator than that of a leader, such as interventions that utilize lay people in healthcare roles, support for self-help, and automated systems or electronic treatment packages offered on the internet. Theoretically, Interpersonal Therapy, Cognitive-behavioral Therapy and Problem Solving Therapy anchored the interventions. In international PHC, the interventions are short and very structured, including a plan of action defined in a user manual. In Family Health Strategy, it was group interventions and Community Therapy (Terapia Comunitária) that stood out, which is a model developed in Brazil. It was verified that CMD gain more visibility as PHC gains more ground and establishes itself closer to the population. In foreign countries, the integration of mental healthcare in PHC is a process that is being consolidated and there is an increase in technical psychosocial interventions, while in Brazil, the tie between PHC and Family Health Strategy is more recent and there isn't a standard of actions set in place. Insufficient or controversial results made it impossible to arrive at a conclusion as to which are the best interventions, however the prevalence of CMD and the potential for care in PHC demand that the research continues.

Key words: Primary Health Care. Common Mental Disorders. Anxiety. Depression. Mental Suffering. Psychosocial Intervention.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 –	Quantidade estimada de pessoas da população da União Europeia afetadas por transtornos mentais nos últimos 12 meses .....	157
TABELA 2 –	Prevalência de TMC em estudos comunitários .....	158
TABELA 3 –	Prevalência de TMC em unidades de atenção geral à saúde no mundo .	159
QUADRO 1 –	Estrutura do Aconselhamento Interpessoal.....	160
QUADRO 2 –	Estrutura da Terapia de Solução de Problemas.....	161
QUADRO 3 –	Trabalhadoras leigas envolvidas no projeto “Bancos da Amizade” sentadas em frente a um desses bancos .....	162
QUADRO 4 –	Estrutura da Terapia Comunitária .....	163
QUADRO 5 –	Estrutura de Intervenção Escalonada do Projeto Manas, Índia .....	164
QUADRO 6 –	Modelo Conceitual do Autocuidado .....	165
QUADRO 7 –	Exemplo de Relatório Computadorizado (versão CIS-R) .....	166
QUADRO 8 –	Tela de entrada do Projeto CATCH-IT, uma intervenção feita através de plataforma automatizada via internet .....	167
QUADRO 9 –	Resumo dos artigos .....	168
QUADRO 10	Instrumentos utilizados nas pesquisas analisadas .....	175

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Autocuidado
AIP	Aconselhamento Interpessoal
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TC	Terapia Comunitária
TIP	Terapia Interpessoal
TMC	Transtorno Mental Comum ou Transtornos Mentais Comuns
TSP	Terapia de Solução de Problemas
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of Family Doctors

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUZINDO O TEMA</b> .....	14
	<b>Hipótese e Objetivos</b> .....	21
	<b>Metodologia</b> .....	23
	<b>Estrutura dos Capítulos</b> .....	30
1	<b>APRESENTANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS</b> .....	31
1.1	<b>Atenção Primária à Saúde</b> .....	31
1.1.1	<u>Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental</u> .....	36
1.2	<b>Os transtornos mentais comuns</b> .....	38
1.2.1	<u>Prevalência</u> .....	42
1.2.2	<u>Aspectos psicossociais e impacto na qualidade de vida</u> .....	45
2	<b>DESCREVENDO INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	48
2.1	<b>Intervenções com arranjo tradicional face a face</b> .....	50
2.1.1	<u>Intervenções breves e manualizadas</u> .....	50
2.1.1.1	Terapia interpessoal .....	51
2.1.1.2	Terapia cognitivo-comportamental .....	58
2.1.1.3	Terapia de solução de problemas .....	65
2.1.1.4	Terapia comunitária .....	74
2.1.2	<u>Intervenções grupais</u> .....	84
2.2	<b>Intervenções com arranjos diferenciados</b> .....	92
2.2.1	<u>Intervenções com delegação de tarefas para mão de obra leiga</u> .....	93
2.2.2	<u>Intervenções baseadas no suporte ao autocuidado</u> .....	97
2.2.3	<u>Intervenções mediadas por sistemas computadorizados ou plataformas automatizadas</u> .....	106

3	<b>ANALISANDO INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	118
3.1	<b>Considerações iniciais</b> .....	118
3.2	<b>Considerações sobre as modalidades terapêuticas</b> .....	124
3.3	<b>Considerações sobre delegação de tarefas para mão de obra leiga</b> .....	129
3.4	<b>Considerações sobre tecnologia e vínculo</b> .....	133
4	<b>CONCLUINDO</b> .....	138
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	143
	<b>ANEXO A</b> – Lista de sintomas polimorfos segundo Dantas .....	154
	<b>ANEXO B</b> – Lista de sintomas de nervoso segundo Silveira .....	155
	<b>ANEXO C</b> – Lista de problemas psicossociais e ambientais segundo a Associação Americana de Psiquiatria .....	156

## INTRODUZINDO O TEMA

A inquietação que motivou este trabalho gira em torno do cuidado do sofrimento mental na clínica médica do sistema público de saúde. Não propriamente do cuidado voltado para os distúrbios graves e persistentes, mas sim da atenção dispensada às perturbações difusas e mal definidas, manifestadas através de relatos vagos e repletos de queixas físicas entrelaçadas com vivências de fragilidade provenientes do enfrentamento de dificuldades inerentes ao percurso da vida.

Tomando o cotidiano como o cenário no qual diversas modalidades de sofrimento se manifestam, optamos por explorar a assistência oferecida pelos serviços de saúde mais próximos da rotina dos usuários, pois, conforme afirmam Lancetti e Amarante (2009, p. 615): “o habitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental (...) é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem”. Tais serviços encontram-se organizados sob o modelo da Atenção Primária à Saúde (APS) que, no Brasil, está associado à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo assim, nosso foco de atenção recai sobre as intervenções terapêuticas efetuadas pelos profissionais da Atenção Primária – não especialistas em Saúde Mental – no cuidado do sofrimento psíquico nas suas formas mais frequentes de apresentação, as quais, na literatura médica, encontram-se agrupadas como Distúrbios Psiquiátricos Menores ou Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Meu envolvimento com o assunto desse trabalho surgiu há tempos atrás. Fui criada num ambiente familiar em que as avós e outros parentes tiveram um papel importante no cuidado. Cresci num bairro pequeno onde contávamos com o apoio da comunidade local de vizinhos, amigos, colegas de clube, de igreja, etc. Assim, percebi a importância do suporte da rede social. Tive também a oportunidade de me envolver em muitas atividades corporais (dança, caminhadas e escaladas, esportes diversos). Aprendi, então, o valor dessas práticas para a saúde física e mental. Diante das vicissitudes da vida, fui apresentada à psicanálise por minha mãe e, por intermédio de meu pai, travei contato com diversas práticas alternativas orientais. Além disso, participei de vários cursos e *workshops* de formação terapêutica. Todas essas experiências me mostraram, desde cedo, que existem muitas formas de lidar com o sofrimento e muitos caminhos na busca do bem-estar.

Profissionalmente, iniciei minha trajetória na área de Comunicação e Marketing, na qual trabalhei por quinze anos. Deparar-me com tantas pessoas estressadas e adoecidas em

função das exigências do ambiente corporativo acendeu definitivamente meu interesse pelo campo da Saúde. Imaginava que cursar Psicologia poderia ajudar-me a desenvolver uma compreensão integral do ser humano. Porém, logo me causou surpresa perceber o quão limitada a visão “psi” da saúde poderia ser. Segui minha formação buscando cursos em que pudesse atuar em equipe interdisciplinar. Entretanto, novamente, surpreendi-me ao ver como a visão de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc. poderia ser igualmente restrita. Concluí que é possível as diversas especialidades serem identicamente reducionistas. De um lado, psicólogos, assistentes sociais e outros que desconsideram os aspectos biológicos e, de outro, médicos e enfermeiros que não avaliam as questões de ordem psicossocial envolvidas no adoecimento. Desejei que, um dia, cada especialidade pudesse não só aprender com a outras, mas também complementá-las, pois sempre acreditei que somente uma compreensão holista da Saúde poderia, quem sabe, (tentar) abarcar a complexidade da vida.

Em 2008, a Unidade de Saúde Mental e Psicologia Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto lançou uma nova atividade em que tive a oportunidade de ingressar: o matriciamento em saúde mental para capacitar tanto médicos e enfermeiros da ESF, quanto profissionais da área de saúde mental. O modelo de organizacional matricial possibilita conduzir as práticas de trabalho de forma compartilhada, o que facilita a troca, entre áreas de *expertise* distintas, de conhecimentos e responsabilidades sobre determinado processo de trabalho. Em função disso, esse formato otimiza os recursos existentes e incrementa as chances de se obter bons resultados. Uma vez que esse mesmo modelo organizacional era adotado nas empresas em que trabalhei, imediatamente reconheci essa forma de trabalhar na área de saúde. Desde então, venho participando de inúmeras atividades voltadas para a integração de ações de saúde mental no cuidado da ESF, incluindo a pesquisa de campo, a participação em congressos, e a docência em cursos de instrutoria, graduação e especialização, o que me trouxe até esta dissertação.

“A APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população” (BRASIL, 2010, p.7). Os atributos essenciais deste modelo assistencial são o acesso ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema. Além desses, a atenção centrada na família, a orientação e a participação comunitária no cuidado, bem como a competência cultural dos profissionais também são características importantes que diferenciam o funcionamento da APS (STARFIELD, 2002).



Nas duas últimas décadas, a disseminação da ESF, vertente brasileira da APS (BRASIL, 2010), vem ganhando proporções vultosas e redirecionando o quadro assistencial brasileiro. Em 2009, segundo dados do Ministério da Saúde (2011), a ESF contava com 30.328 equipes, presentes em 5.251 dos municípios, e dava cobertura a 96,1 milhões de pessoas. Tais dimensões vêm garantindo a aproximação entre os serviços de saúde e 50,7% da população, além de favorecer o envolvimento da rede familiar, social e cultural do paciente nas práticas de cuidado, e a sua participação no processo de saúde-doença.

Ainda dando continuidade ao processo de consolidação de um novo modelo assistencial de saúde, recentemente, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a missão de “apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização da saúde” (BRASIL, 2010). Em abril de 2011, havia 1.371 unidades instituídas, de acordo com o Ministério da Saúde.

As equipes do NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com as equipes de saúde da família, compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios sob sua responsabilidade, deixando evidente que o NASF não é porta de entrada no sistema de saúde, mas sim instância de apoio às unidades de ESF. O objetivo é desenvolver uma atuação em que, ao invés de se responsabilizarem por atividades e procedimentos, geralmente de caráter quantitativo, os profissionais possam assumir responsabilidade por pessoas (BRASIL, 2010).

A Integralidade é uma das diretrizes do sistema de saúde brasileiro, sendo aquela que norteia a prática dos NASFs. Mais do que uma diretriz, para Mattos (2001), a Integralidade é uma noção amálgama que reúne um conjunto de sentidos atualmente compreendidos de três formas: (a) a recusa em reduzir a pessoa ao aparelho biológico, contraposta por uma abordagem integral do indivíduo que leva em consideração seu contexto social, familiar e cultural, com garantia de cuidado longitudinal; (b) o modo de organização das práticas de saúde voltado para a integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, o que supõe a horizontalização de programas outrora verticais; (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades da população, evitando selecionar determinados grupos populacionais ou certos problemas de saúde.

Dentre as áreas estratégicas de atuação do NASF está a de saúde mental, porque se entende que haja um componente subjetivo associado a toda e qualquer doença que, às vezes, prejudica a adesão a práticas de saúde mais saudáveis. Nesse sentido, diz-se que “todo

problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2010, p. 33), o que significa que “não há saúde sem saúde mental” (PRINCE et al., 2007, p. 859, tradução nossa).

Concomitante ao processo de implantação da ESF, a consolidação do projeto da Reforma Psiquiátrica vem, pouco a pouco, não apenas acabando com o padrão de assistência hospitalocêntrica e manicomial, mas principalmente revolucionando a concepção social e coletiva acerca da compreensão da loucura. Não se tem notícia na história de outro movimento semelhante ao brasileiro, devido às dimensões políticas, geográficas e sociais e às características do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) (BEZERRA, 2007).

A Política Nacional de Saúde Mental preconiza a desinstitucionalização, ao mesmo tempo em que passa a pensar em “reabilitação ou atenção psicossocial”, priorizando o desenvolvimento de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária, que seja capaz de atender com resolutividade. Segundo o Ministério da Saúde (2010), dentro dessa perspectiva, a rede de saúde mental passa a contar com as seguintes instâncias: ações de saúde mental na APS, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental disponíveis em unidades hospitalares e de CAPS III.

Redefinir o escopo da saúde mental implica repensar também o seu próprio objeto:

Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida apenas, ou fundamentalmente, por um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia [...]. Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais [...] (AMARANTE, 2007, p. 15-16).

Ao falar em transtorno mental, o senso comum ainda remete à imagem de sujeitos loucos, alienados, mentalmente insanos e, eventualmente, até mesmo perigosos. A tendência imediata é visualizarmos cenas de doentes mentais em hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciários, as instituições asilares onde a loucura era aprisionada e segregada da sociedade dos “normais”, nas quais predominavam diagnósticos severos e tratamentos invasivos cercados por uma aura de preconceito e estigma.

É raro imaginar que possa haver sofrimento psíquico sem associá-lo diretamente à desrazão. Poucos pensam naqueles que, sem apresentarem sintomas graves, tais como delírios ou alucinações, também são afligidos por outros tipos de perturbações, geralmente consideradas mais leves, que, entretanto, podem ser igualmente devastadoras. Contudo, ampliando-se a perspectiva, é possível vislumbrar um espectro de nuances de estados mentais

que, oscilando sutilmente entre o mal e o bem-estar, influenciam as condições subjetivas da existência e, conseqüentemente, também as objetivas, conforme resume Cordioli (1998, p.85):

Para que um paciente se disponha a fazer um tratamento, que é muitas vezes longo, difícil, oneroso, é necessário que esteja sofrendo de algum grau de desconforto psíquico em decorrência de sintomas desagradáveis como ansiedade, depressão ou alterações fisiológicas (sono, alimentação, motricidade, sexualidade) ou interferindo na vida diária, no trabalho, nas relações interpessoais, familiares ou até mesmo no lazer.

As perturbações emocionais e os transtornos mentais afetam milhares de pessoas. Caso não recebam o devido cuidado, podem ser fonte de intenso sofrimento e até incapacitação, além de causarem prejuízos sociais e econômicos. No entanto, de modo geral, muitos problemas dessa ordem ainda são pouco detectados, o que resulta em uma sobrecarga para os pacientes, suas famílias e comunidades. Disponibilizar cuidado de saúde mental nos serviços assistenciais de nível primário pode ajudar a reduzir essa sobrecarga. Porém, mesmo que as ações de cuidado tenham alto potencial para gerar bons resultados, ainda existe uma grande lacuna entre a demanda da população e a oferta de atenção de saúde mental.

Dentre os fatores que explicam essa lacuna, podemos citar o fato de que desempenhar adequadamente a função de prestar cuidados de saúde mental exige que o profissional possua certas habilidades técnicas para identificar, diagnosticar, tratar e dar suporte aos aspectos que envolvam também os problemas de cunho psicossocial. Uma vez que tais habilidades nem sempre são ensinadas nos cursos de graduação baseados no modelo da biomedicina, é inevitável que se perceba a necessidade de qualificar e capacitar as equipes da APS para integrar práticas de saúde mental às demais ações de cuidado que já exercem. Além disso, para atender o perfil específico das necessidades da população com sofrimento mental, é preciso estruturar formas de abordagem alternativas ao modelo tradicional, assim como intervenções terapêuticas personalizadas para a atenção no nível primário, certamente incluindo ações não medicamentosas.

Considerando, em primeiro lugar, que o trabalho dos profissionais da ESF apoia-se fortemente na dimensão relacional do vínculo estabelecido com os usuários, em segundo lugar, a alta prevalência de TMC na APS e, por último, a variedade de metodologias de intervenção psicossociais existentes, evidencia-se a importância de se conhecer o funcionamento de cada uma, assim como é conhecida a atuação dos psicofármacos (GONÇALVES, 2012). É necessário entender os propósitos e objetivos clínicos, os critérios de indicação e contraindicação, e os mecanismos de ação dessas metodologias, além de examinar como são operacionalizadas na clínica cotidiana e analisar as repercussões decorrentes de seu emprego na APS.

Nesse momento, no intuito de balizar este trabalho, pode ser útil explicitar, à luz das definições do “Aurélio”, o significado de algumas palavras relacionadas à sua temática central. Assim, “*terapêutica*” ou “*terapia*” são os termos que denominam “a parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes” (FERREIRA, 1986, p.1.665), o que constitui um “*tratamento*”, termo que, por sua vez, está relacionado ao “processo de curar” ou ao “ato ou efeito de tratar-se” (FERREIRA, 1986, p.1706). Considerando-se que, para se empreender um tratamento, é preciso estabelecer um “*método*”, vale notar que esse termo pode indicar “um caminho para se chegar a um fim ou atingir um objetivo”; “um programa que regula previamente uma série de operações que se devem realizar, apontando erros evitáveis, em vista de um resultado determinado”; “um modo de proceder ou um meio de agir”; ou um “processo ou técnica de ensino” (FERREIRA, 1986, p. 1128), enquanto “*metodologia*” está ligada à “arte de dirigir o espírito na investigação da verdade” (FERREIRA, 1986, p. 1128). Um dos meios para se chegar à finalidade de um tratamento é uma “*intervenção*”, que significa “interferência”, e advém do “ato de intervir” relacionado a “ser ou estar presente, assistir” ou a “interpor a sua autoridade, ou seus bons ofícios ou sua diligência” (FERREIRA, 1986, p. 960), sendo que o termo “*diligência*” denota “cuidado ativo, zelo, rapidez, presteza, providência, medida, investigação” (FERREIRA, 1986, p. 590). Outra maneira de se atingir o objetivo de um tratamento é através de uma “*abordagem*”, cujos significados são: “chegar à beira ou à borda de”, “achegar-se, aproximar-se de alguém”, “tratar de um assunto, versar” ou ainda “atingir, chegar” (FERREIRA, 1986, p. 12).

A relevância de um aprofundamento sobre as intervenções de saúde mental na APS reside em vários aspectos. Primeiramente, a própria especificidade da demanda de saúde mental dos pacientes que recorrem à APS, os quais possuem um padrão de comportamento de busca de cuidado diferente daquele dos usuários das unidades de serviços especializados. Grande parcela da população não reconhece a sua perturbação como uma questão de ordem mental e, por isso, não procura apoio nos serviços psiquiátricos, focando-se apenas nos sintomas físicos como, por exemplo, dor nas costas, dor de cabeça, fadiga e insônia. Para Duarte (1986), esse comportamento está associado a um sistema próprio de interpretação de sintomas permeado por um código cultural que descreveu como “Modelo do Nervoso”. Adicionalmente, o estigma social em torno das doenças mentais é outro fator que contribui para que as pessoas evitem recorrer aos serviços especializados. Em tais casos, uma vez que a população já realiza o seu acompanhamento de saúde numa unidade de cuidados primários e

estabelece uma relação de confiança com os profissionais que ali trabalham, a equipe de saúde da família passa a ser o contato preferencial para a busca de apoio.

Outra justificativa para se empreender esta dissertação diz respeito ao cenário de expansão das unidades da ESF, que vêm ampliando significativamente a cobertura assistencial instalada no país. O crescimento disponibiliza um conjunto de aparatos materiais, recursos humanos e financeiros, além de dispositivos teóricos e clínicos que podem ser utilizados em benefício da saúde mental da clientela do SUS. Assim, é importante municiar as autoridades de saúde do sistema público com subsídios que ajudem a encontrar o melhor caminho para, em primeiro lugar, utilizar os recursos já disponíveis e, em segundo, introduzir novos recursos para o cuidado da sintomatologia que a psiquiatria nomeia TMC.

A necessidade de se discutir o cuidado de saúde mental no nível primário também encontra respaldo na constatação a que chegaram Baptista, Fausto e Cunha (2009) em recente artigo intitulado “Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados”, cujas edições foram avaliadas de 1977 a 2006. Segundo os autores, há uma carência de estudos, o que fragiliza a área como produtora de conhecimento. Afirmam ainda que, em função de ser uma área em formação, há pouca acumulação de conhecimento e, por isso, merece um esforço de construção teórica. Foi justamente essa escassez de referências anteriores que nos estimulou a buscar oferecer contribuições para a discussão científica.

Finalizando, vale lembrar que, para Boltanski (1989), a ordem cultural é encarnada nos corpos e as sensações só podem ser conhecidas através da linguagem que, por sua vez, é o sistema de códigos sociais que dirige a forma como as pessoas sentem as suas sensações. Por isso, a percepção e a identificação das sensações mórbidas é um “ato de decifração que se ignora enquanto tal” (BOLTANSKI, 1989, p. 131).

Nesse sentido, efetuar uma intervenção terapêutica pressupõe decifrar as queixas vagas, os sintomas difusos, as disrupções inexplicáveis, enfim, uma ampla gama de perturbações manifestadas pelo sofridor. Interpretar o sofrimento e intervir no processo de saúde-doença, além de ser um ato de cuidado, é um ato social dentro de um processo coletivo de construção de valores, que demarca posições a respeito de quem sofre e de quem fala do sofrimento. Isso reitera a importância de se pesquisar como são decifrados os múltiplos relatos daqueles que recorrem às unidades da ESF. É imprescindível entender o que os diversos atores do sistema de saúde fazem com o sofrimento, pois, em última análise, os modos de abordagem terapêutica engendram distintas repercussões, não só em termos da

concepção social sobre os processos vitais, mas também sobre a produção de subjetividade e, portanto, sobre a própria noção do humano.

### **Hipótese e Objetivos**

Considerando que pretendemos analisar formas de abordagem ao sofrimento psíquico, não trabalharemos propriamente com uma hipótese a ser testada, mas sim com um campo temático a ser devidamente explorado por meio de uma revisão crítica.

Partindo da premissa de que os profissionais da APS devam abordar questões de saúde mental durante a consulta médica de usuários que demonstrem sinais de sofrimento psíquico, é preciso entender como a concepção do que é o sofrimento psíquico envolvida no processo de saúde-doença influencia a organização das intervenções.

Resumindo de uma forma simples, as práticas de saúde podem ser planejadas de acordo com a visão de saúde-doença inerente ao modelo biomédico cartesiano mecanicista ou, ao contrário, podem seguir uma perspectiva canguilhemiana mais vitalista. No primeiro, um sintoma é sinal de uma lesão patológica que, por sua vez, indica a presença de uma doença. Esse reducionismo biológico, por conseguinte, limita a terapêutica às intervenções voltadas para o tratamento medicamentoso das patologias.

Ao estabelecer uma compreensão mais abrangente e holista do processo saúde-doença-sofrimento, a concepção vitalista altera a noção hegemônica de normalidade e patologia. Nesse caso, um sintoma pode ser compreendido como um movimento saudável, o qual é representado por uma tentativa de reorganização do sofridor com a finalidade de superar as restrições e as adversidades impostas pelo meio-ambiente. Mais do que a expressão de uma atividade de autorregulação, o sintoma pode ser, conforme Canguilhem (2009), um sinal de criatividade e normatividade vital. Assim, as intervenções terapêuticas, concebidas segundo essa noção, favorecem uma visão mais integral da saúde que exige endereçar aspectos para além dos fatos biológicos.

Paralelamente, o conceito de medicalização também precisa ser considerado, uma vez que Conrad (1992, p. 209) definiu que “a medicalização descreve o processo pelo qual questões de caráter não médico passam a ser definidas e tratadas como problemas de cunho médico, geralmente em termos de doenças ou transtornos” (tradução nossa). Embora isso implique encampar um conjunto de usuários cada vez maior nos serviços de saúde, os efeitos

desse processo podem ser diversos, tanto positivos, quanto negativos. É importante lembrar que, para o autor, também pode acontecer o fenômeno inverso, isso é, o processo de desmedicalização, como ocorre nos casos em que um problema deixa de ser entendido medicamente.

Estabelecendo uma relação entre a concepção de saúde-sofrimento e o conceito de medicalização, podemos, então, dizer que, quando baseadas exclusivamente na concepção da biomedicina tecno-científica, as práticas de cuidado aumentam o fenômeno da medicalização e, contrariamente, quando embasadas numa perspectiva integral podem contribuir para a desmedicalização da saúde.

Supomos, então, que uma linha de atuação na qual as intervenções terapêuticas sejam apenas tecnologicamente embasadas pode contribuir para induzir padrões de comportamento associados ao elevado consumo de produtos farmacológicos e, em última instância, até à dependência de serviços médicos, enquanto que as intervenções que privilegiem a dimensão relacional do cuidado e incluam o uso de tecnologias leves podem suscitar o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento daquelas condições de vida mais adversas através do estímulo à ação individual e coletiva, e da formação de redes sociais.

Nesse sentido, se a oferta de cuidados pode, por um lado, ampliar o rol de usuários sujeitos a intervenções medicamentosas limitadas ao ato da prescrição de remédios, por outro lado, pode aumentar o público daquelas abordagens que estimulam a reapropriação da capacidade de enfrentamento de riscos psicossociais e de agravos mentais, o desenvolvimento da autonomia individual e coletiva, bem como o fortalecimento da busca de soluções inéditas para contornar as dificuldades trazidas pelas contingências do cotidiano.

Apesar de ambos os casos levarem à expansão do fenômeno da medicalização pelo fato de incrementarem a quantidade de usuários dos serviços médicos, os resultados da segunda linha de atuação podem, paradoxalmente, favorecer um processo de desmedicalização da sociedade, pois, ao buscar restabelecer a autonomia das pessoas, essa linha de cuidado incentiva a busca de respostas fora do enquadre médico, tornando-as menos dependentes dos cuidados médicos.

Delineia-se, então, uma indagação a ser respondida: O que é feito do sofrimento psíquico no terreno da APS?

Para cumprir essa tarefa, o objetivo deste trabalho é o de discorrer sobre as modalidades de intervenção psicossocial atualmente empregadas para o cuidado dos TMC na APS. Sendo assim, sem pretender empreender uma revisão sistemática exaustiva, entretanto, propõe-se realizar um levantamento amplo e construir uma análise abrangente das pesquisas

hoje existentes, com a finalidade de enriquecer o conhecimento geral sobre as terapêuticas disponíveis nesse campo.

Ainda que nossa indagação não possa ser inteiramente respondida por este trabalho, abandoná-la, porém, seria deixar de interrogar o que os envolvidos na assistência dizem sobre as intervenções que utilizam. Abandoná-la seria também correr o risco de não questionar como o cuidado é fornecido atualmente e, ainda, de, eventualmente, adotar determinadas práticas assistenciais sem problematizar suas consequências sociais.

Sendo assim, estabelecemos o seguinte objetivo geral, subdividido em objetivos específicos:

- **OBJETIVO GERAL:** estudar as metodologias de intervenção psicossocial para cuidado do sofrimento psíquico e dos TMC adotadas na APS tanto internacionalmente, quanto na ESF.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
  - a) Apresentar a APS e conceituar os TMC;
  - b) Descrever experiências nacionais e internacionais de intervenção psicossocial e as respectivas metodologias utilizadas para cuidado dos TMC na APS;
  - c) Analisar as intervenções e discutir algumas de suas repercussões.

## **Metodologia**

A opção pela metodologia qualitativa da revisão bibliográfica foi feita por ser ela “apropriada para descrever e discutir o ‘*estado da arte*’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual” (ROTTER, 2007, p. 1).

A revisão bibliográfica é constituída basicamente de uma apresentação em forma de narrativa que inclui a interpretação e a análise crítica e pessoal do autor sobre a literatura publicada em livros e artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, e envolve levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à temática pesquisada (AMARAL, 2007; ROTTER, 2007). Pode englobar os seguintes objetivos: a) elaborar um histórico; b) atualizar-se; c) encontrar respostas aos problemas formulados; d) levantar contradições; e) identificar os estudos disponíveis a fim de evitar a repetição de pesquisas já feitas anteriormente (AMARAL, 2007).



Na revisão narrativa, o autor tem liberdade para definir os estudos a serem selecionados inicialmente, bem como aqueles a serem incluídos em um segundo momento, não sendo necessário informar “as fontes de informação utilizadas, a metodologia para a busca de referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos” (ROTER, 2007, p.1). Por isso, não admite a reprodução de dados, nem fornece respostas quantitativas para questões específicas, sendo considerado um método qualitativo que possui um papel fundamental na educação continuada, pois, ao congrega dados e opiniões de diferentes fontes e autores, “permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo” (ROTER, 2007, p.1).

Entretanto, por considerarmos importante o detalhamento do processo em si e também por acharmos o tema enriquecedor, comentamos aqui as fontes e estratégias utilizadas, bem como algumas peculiaridades das buscas realizadas.

### **Fontes utilizadas**

O trabalho foi dividido em dois estágios: identificação das referências em bases de dados bibliográficas e recuperação dos artigos na íntegra. Para identificar a literatura primordialmente estrangeira consultou-se a base bibliográfica MEDLINE através da interface de busca PubMed; para levantar a produção local utilizou-se a base LILACS através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Em seguida, consultaram-se os portais dos periódicos eletrônicos CAPES e SCIELO para a obtenção dos artigos completos. Artigos mais antigos foram fotocopiados de revistas pertencentes ao acervo da Biblioteca de Saúde Pública Lincoln de Freitas Filho, Fundação Oswaldo Cruz.

MEDLINE é a base de dados de literatura internacional em saúde produzida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine, NLM*). Apresenta referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países desde 1966 até o momento, cobrindo as áreas de medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal (NLM, 2011). Devido à sua importância e a seu escopo abrangente, foi a base escolhida para este trabalho.

O site PubMed foi selecionado como interface de consulta ao MEDLINE por ser “o sistema premium de pesquisa de informação em saúde da NLM” (NLM, 2011) e também por contar com diversas funcionalidades. Por exemplo, permitir, através de sua janela de busca avançada, consultas envolvendo múltiplos argumentos simultaneamente. Outros recursos,

como o HISTORY e o DETAILS, permitem, respectivamente, registrar a sequência das buscas realizadas a título de documentação e detalhar a sintaxe efetivamente empregada pelo site ao realizar a busca na base. Uma de suas funcionalidades mais importantes é, contudo, o mapeamento automático de um termo ou palavra-chave de pesquisa associando-o a um termo MeSH. A indexação de artigos na base MEDLINE leva em consideração o vocabulário controlado MeSH (*Medical Subject Heading*). Isso garante uma forma consistente de recuperar informações, uma vez que vários termos podem se referir a um mesmo conceito, e significa que a recuperação dos registros será independente dos termos usados pelos autores na redação do artigo. Existem mais de 25.000 termos MeSH, pois trata-se de uma lista dinâmica, atualizada e revisada pela NLM. Destaca-se ainda outra funcionalidade do PubMed, que é a de construir estratégias alternativas de busca que garantam a abrangência da consulta à base de dados MEDLINE. Finalmente, a interface PubMed oferece links automáticos para artigos de texto completos (VINCENT, VINCENT E FERREIRA, 2006; NLM, 2011).

A base bibliográfica LILACS é uma base geograficamente estratégica para o leitor brasileiro, de acesso gratuito, acessada através do site da BVS. Semelhante à base MEDLINE, as buscas na LILACS fazem uso de um vocabulário controlado denominado Descritores em Ciências da Saúde ou DECS (BVS, 2012).

Segundo a descrição de Amaral (2007, p.3), a LILACS é:

uma base de dados cooperativa da Rede BVS, que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Atinge mais de 400.000 mil registros e contém artigos de cerca de 1.300 revistas mais conceituadas da área da saúde, das quais aproximadamente 730 continuam sendo atualmente indexadas, e também possui outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

Para recuperar (fazer o *download*) de artigos internacionais, privilegiou-se o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Criado em fins do ano 2000, constitui recurso de informação científica amplo e atualizado, cuja utilização é exclusiva das instituições acadêmicas brasileiras. Através do Portal CAPES, os usuários têm acesso às versões completas de artigos das revistas ali contempladas, ao entrar diretamente nos sites de publicações ou editoras. Especialmente abrangente, incorporou ao longo dos últimos 11 anos títulos de periódicos nacionais e internacionais, contando atualmente com mais de 21 mil títulos. Na área de Saúde Coletiva (SC), especificamente, estão relacionados 373 títulos (VINCENT, 2003; 2011).

Através do Portal SCIELO (*Scientific Electronic Library On-Line*), foram recuperados os artigos nacionais. Esse portal é uma ferramenta gratuita voltada para publicações

científicas *Open-Access* do Brasil e da América Latina (HAYASHI et al., 2008), embora nos dias de hoje também inclua periódicos portugueses e espanhóis. Em sua plataforma, o SCIELO incorpora uma interface simples de busca ao seu acervo de revistas, o que muito facilita o acesso aos artigos de texto completo. Adicionalmente, publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas (AMARAL, 2007).

### **Palavras-chave**

Para a busca na MEDLINE via PubMed, as consultas foram direcionadas preferencialmente por termos MeSH: “*Primary health care*” (mesh), “*mental health*” (mesh), “*mental disorders*”(mesh), “*anxiety*” (mesh), “*depression*” (mesh), “*stress, psychological*” (mesh), “*life change event*” (mesh), “*approach*” (mesh), “*method*” (mesh), “*intervention*” (mesh), “*therapy*” (mesh), “*treatment*” (mesh). Para “transtornos mentais comuns” não foi encontrado um MeSH correspondente, assim na ausência desse termo, utilizou-se “*common mental disorders*” como palavra-chave.

Na LILACS via BVS, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “*atenção primária à saúde*”, “*saúde mental*”, “*transtornos mentais comuns*”, “*sofrimento*”, “*abordagem*”, “*cuidado*”, “*intervenção*”, “*terapia*”, “*tratamento*”, “*grupos*”.

### **Diretrizes gerais, critérios de seleção, inclusão, exclusão e delimitação**

Apesar da metodologia de revisão bibliográfica não pressupor informar-se a metodologia utilizada para a busca de referências (ROTTER, 2007), consideramos importante explicitar que foram definidas algumas diretrizes *a priori*, a fim de nortear a execução da pesquisa bibliográfica e de evitar a recuperação aleatória de artigos.

Conceitualmente, a temática da dissertação compreendeu três eixos de análise (Intervenção Psicossocial + TMC + APS) passíveis de dar margem a um aprofundamento individual nas respectivas questões suscitadas por cada um. Contudo, mais do que pretender esgotar a análise de cada um desses aspectos, o propósito da dissertação foi fazer uma investigação que privilegiasse a articulação entre esses três eixos. Por isso, uma das diretrizes foi selecionar somente aquelas publicações que discutissem as terapêuticas existentes para o cuidado dos TMC no âmbito da APS.

Com relação à delimitação do escopo do trabalho e do recorte do objeto, optamos por abordar as problemáticas de saúde especificamente dentro do setor da APS. Dentro do campo

da saúde mental, limitamos a reflexão às formas de tratamento dos TMC de sintomatologia leve a moderada, mesmo que alguns estudos recuperados avaliassem também quadros mais severos. Além disso, embora consideremos que analisar as causas ou as fontes de sofrimento seja um relevante objeto de estudo, a intenção desta dissertação foi analisar o destino dado ao sofrimento emocional já instalado e que aparece nos serviços de saúde, sobretudo sob a forma de demanda por cuidados e assistência profissional. Desse modo, a preferência recaiu sobre os artigos que abordassem modalidades terapêuticas, mais do que sobre aqueles que tratassem da etiologia do sofrimento ou dos critérios de detecção ou de avaliação diagnóstica. E, dentro do ramo terapêutico, priorizou-se aprofundar o conhecimento particularmente em relação àqueles de cunho psicossocial, evitando selecionar artigos cujo foco principal fosse a discussão de terapias medicamentosas.

Uma vez que muitas foram as referências encontradas, estabeleceu-se, ainda, um critério de seleção baseado na pertinência do artigo em relação ao escopo que já havia sido delimitado. Assim, foram considerados altamente pertinentes artigos que descreviam diretamente formas de intervenção psicossocial ou que apresentavam uma análise comparativa entre diferentes terapêuticas, enquanto que aqueles que abordavam aspectos que poderiam influenciar uma intervenção sem, contudo, discutir nenhum tratamento propriamente dito, foram considerados de média pertinência. Finalmente, foram considerados de baixa pertinência aqueles que tratassem isoladamente de apenas um ou dois dentre os três eixos centrais da pesquisa. De modo geral, foram selecionadas apenas as referências julgadas de alta pertinência.

A fim de alcançar a maior cobertura possível, outra diretriz geral que orientou o trabalho foi procurar diversificar ao máximo a escolha dos artigos dentre o conjunto total de referências recuperadas nas buscas, na tentativa de priorizar a seleção de estudos sobre tipos de intervenção diversos, conduzidos por autores, grupos de pesquisa ou instituições diferentes, e realizados em países ou áreas geográficas distintas.

Quanto à metodologia, foram selecionadas tanto pesquisas quantitativas, quanto qualitativas, incluindo trabalhos que empregaram revisão narrativa, relato de experiência e discussão de caso, bem como revisão sistemática e ensaio clínico controlado.

À medida que avançava o processo de trabalho, foram sendo desenvolvidos critérios de exclusão e inclusão de referências, além de parâmetros de delimitação. A fim de eliminar as referências irrelevantes, foram excluídas as referências listadas repetidamente e também aquelas cujo foco central: a) desviava-se do tema “intervenções psicossociais”; b) tratava de outras condições clínicas ou de estados mentais diferentes dos TMC; c) abordava outros

setores de saúde que não a APS. Além disso, elaborou-se uma lista de condições de saúde a serem devidamente excluídas, a saber: álcool e drogas; autismo; deficiência; demência; depressão pós-parto; distúrbios do sono e insônia; esquizofrenia, psicose, transtorno bipolar; transtornos alimentares; transtorno de déficit de atenção.

Publicações adicionais foram incluídas por meio de buscas secundárias posteriores, efetuadas com base nos seguintes critérios: a) identificação de artigos relevantes nas referências bibliográficas dos artigos selecionados inicialmente; b) identificação de bibliografia contendo referencial teórico para embasar a explicação das metodologias de intervenção mapeadas nas buscas primárias; c) outras referências de conhecimento prévio da autora anteriores à execução desta dissertação.

Como parâmetros de delimitação na pesquisa na MEDLINE/PubMed, as línguas de publicação foram restringidas a trabalhos em português, inglês, espanhol, italiano e francês. Com relação ao período da pesquisa, foi utilizado inicialmente um intervalo de um ano (janeiro a dezembro de 2011), janela de tempo que, entretanto, acabou por ser desconsiderada.

### **Breve descrição das etapas de pesquisa**

Começamos por realizar consultas preliminares pré-teste para melhor nos aproximar do campo em estudo, obter uma noção do processo de desenvolvimento de uma revisão bibliográfica e, inclusive, conhecer as funcionalidades das interfaces PubMed e BVS. De modo geral, as buscas da literatura internacional e brasileira seguiram a mesma lógica, passando por uma série de etapas. Todavia, foi necessário adequar os passos seguidos, em função das características particulares de cada uma dessas interfaces.

As buscas foram iniciadas na MEDLINE/PubMed, consultando-se os termos-chave inicialmente de modo livre. Porém, sempre que possível, deu-se preferência a efetuar as buscas incorporando-se o uso do vocabulário MeSH. Para tal, identificaram-se primeiramente os descritores correspondentes a cada um dos três eixos de análise (Intervenção Terapêutica + TMC + APS), estudando-se a definição de cada um e selecionando-se aqueles mais pertinentes à temática da revisão. Dessa forma, correspondendo ao eixo “*intervention*”, foram escolhidos os termos: “*approach*”, “*intervention*”, “*method*”, e “*therapy*”. E, correlacionados a “*mental condition*”, selecionaram-se: “*common mental disorders*”, “*anxiety*”, “*depression*”, “*stress, psychological*”, e “*life change events*”.

Em seguida, definiu-se uma estratégia de pesquisa que combinasse os descritores referentes aos três eixos da pesquisa num único argumento de busca. Isto é, em cada consulta,

foi utilizado um argumento de busca composto por três descritores, sendo cada descritor correspondente a um dos eixos, conforme abaixo:

INTERVENTION	+	MENTAL CONDITION	+	PRIMARY HEALTH CARE
Approach Intervention Method Therapy		Common mental disorders Anxiety Depression Stress, psychological Life change events		Primary Health Care

Os resultados dessas consultas foram reunidos em grupos, sendo o total de registros de cada grupo posteriormente agregado para obter-se o somatório geral de todas as referências de todos os grupos. Prosseguiu-se com uma breve leitura restrita aos respectivos títulos dessas referências. Após concluir que havia muitos registros cuja temática desviava-se do foco central deste trabalho, foram feitas novas consultas, aprimorando-se o argumento de busca e aplicando-se critérios de exclusão e de delimitação de tempo.

Procedeu-se à exportação das referências encontradas para um arquivo Excel onde as mesmas foram estratificadas e categorizadas em duas rodadas. Primeiramente, de acordo com a pertinência à temática desta dissertação. Em segundo lugar, aquelas referências consideradas pertinentes foram categorizadas segundo o nível de relevância do estudo – alto, médio ou baixo. Nesse momento, chegou-se a um grupo de 87 referências estrangeiras publicadas no intervalo delimitado. Entretanto, avaliou-se que restringir o intervalo de pesquisa a um período tão curto poderia implicar na não identificação de estudos importantes publicados em anos anteriores. Assim, decidimos refazer as buscas retirando a delimitação de tempo e refinando, mais uma vez, a estratégia de busca, que passou a ser:

MENTAL HEALTH + COMMON MENTAL DISORDERS + TREATMENT + PRIMARY HEALTH CARE
---

Nesse momento, numa única consulta usando a estratégia acima, chegou-se a um novo subconjunto de 69 referências. Daí por diante, passou-se a considerar esses dois grupos (87 + 69) como o conjunto de referências estrangeiras disponíveis para a pesquisa.

No caso das consultas à base LILACS via BVS, foi utilizada a mesma estratégia de pesquisa, porém não foi necessário refinar o processo de busca, uma vez que a quantidade de

referências recuperadas por consulta foi significativamente inferior à encontrada nas buscas à base MEDLINE.

Após a identificação de todas as referências, passou-se para a etapa de recuperar os artigos na íntegra. Por último, partiu-se para a leitura e análise crítica propriamente dita.

### **Estrutura dos capítulos**

A estrutura da dissertação é composta de três capítulos, além da conclusão.

No primeiro capítulo (Apresentando a APS e os TMC), situamos o leitor no contexto da APS, prosseguimos com uma reflexão sobre o sofrimento psíquico e demonstramos sua relação com a literatura médica dos TMC, além de apresentarmos as taxas de prevalência, os aspectos sociais e o impacto na qualidade de vida causado por essas condições.

O segundo capítulo (Descrevendo Intervenções Psicossociais para TMC na APS), o mais longo de toda a dissertação exatamente por desenvolver o tema central, descreve as experiências e/ou estudos nacionais e internacionais realizados no campo da APS que identificamos com base na articulação dos três eixos de análise (Intervenção + TMC + APS). Durante sua elaboração, fomos, logo de início, surpreendidos pela riqueza do material obtido na pesquisa bibliográfica; daí a dificuldade em reduzir a extensão do mesmo, bem como em melhor padronizar os relatos das experiências e/ou estudos. Vale ressaltar, também, que os dois grupos em que foram alocadas as diferentes intervenções não haviam sido definidos *a priori*, mas sim emergiram naturalmente ao serem percebidas as características comuns entre aquelas modalidades que apareceram com maior frequência.

O capítulo seguinte (Analisando Intervenções Psicossociais para TMC na APS) é dedicado à análise crítica das intervenções psicossociais descritas no capítulo anterior. Nele são comentados alguns aspectos da pesquisa bibliográfica, algumas características dos artigos analisados no Capítulo 2, e alguns tópicos relevantes para a discussão dos TMC na APS, além de serem mencionadas algumas repercussões das diversas modalidades de intervenção.

Para terminar, o último capítulo de nossa trajetória (Concluindo) traz algumas considerações a título de conclusão, bem como algumas descobertas que surgiram durante o desenvolvimento desta exposição.

Que a leitura seja proveitosa e agradável.

## 1 APRESENTANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Este capítulo está reservado para contextualizar o cenário da APS, explicitar a relação entre sofrimento psíquico e o conceito de TMC e também para relatar sua prevalência, e apresentar os aspectos psicossociais e o impacto na qualidade de vida associados a esses quadros mentais.

### 1.1 Atenção Primária à Saúde

Internacionalmente, a Atenção Primária à Saúde é conhecida como um modelo de organização das ações dos sistemas de saúde, presente em diversos países desde meados do século XX, embora com contornos distintos de acordo com o contexto de cada localidade, sendo destinada a responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2006). De forma geral, a APS tem o intuito de “proporcionar mais acesso ao sistema de saúde e reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático” (FAUSTO; MATTA, 2007, p.43).

Historicamente, a ideia de APS surge com a publicação do Relatório Dawson, em 1920, quando o governo da Inglaterra lança uma nova concepção no que diz respeito à organização do modelo assistencial, a fim de contornar a complexidade e os custos crescentes de seu sistema de saúde. Contrapondo-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, o governo inglês propõe um sistema hierarquizado e dividido em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. A organização dos centros primários e dos serviços domiciliares deveria ter uma base regionalizada, e o atendimento deveria ser feito por médicos generalistas, a fim de solucionar a maioria dos problemas de saúde. Na impossibilidade de resolução no nível primário, o paciente deveria ser encaminhado para os centros de atenção secundária, onde estariam concentrados os serviços especializados,



ou, ainda, para os hospitais, em caso de internações ou cirurgias (FAUSTO; MATTA, 2007). Nessa proposta, destacavam-se duas características importantes: a regionalização segundo bases populacionais e a integralidade entre ações curativas e preventivas.

O modelo inglês influenciou diversas experiências nos sistemas de saúde mundo afora, as quais, por sua vez, deram origem a duas interpretações opostas de APS, que vêm coexistindo no cenário da saúde. Uma delas é baseada numa visão ampliada que preconiza a APS como um modelo de organização dos sistemas de saúde baseado na articulação entre os diversos níveis de atenção, na continuidade do cuidado, na integralidade das ações, e na aproximação dos serviços do contexto cultural dos usuários. A outra tem caráter seletivo, e é oriunda da implementação de programas específicos que surgiram da necessidade de redução de custos e foram apoiados por organismos internacionais. De modo geral, esses programas são direcionados ao atendimento de populações empobrecidas, e envolvem uma atenção de baixo custo, descontinuada e sem articulação com os outros níveis do sistema de saúde, uma baixa incorporação tecnológica e a utilização de uma força de trabalho pouco qualificada e pouco efetiva na resolução dos problemas de saúde (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Na década de 70, intensificaram-se os debates internacionais com vistas à melhoria da operação dos sistemas de saúde, e representantes das duas correntes interpretativas estiveram presentes na I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS e realizada em Alma-Ata, em 1978, onde prevaleceu a concepção de APS como estratégia central de organização dos sistemas nacionais de saúde. Havia a expectativa, lançada pelo Programa “Saúde para Todos no Ano 2000”, de que a APS possibilitasse atingir as metas estabelecidas para se alcançar um nível de saúde que permitisse a todos os cidadãos levar uma vida social e economicamente produtiva. Naquela ocasião, a APS foi descrita como:

A atenção essencial à saúde é baseada em métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, constitui o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS/UNICEF, 1979, p. 2).

Entretanto, nas décadas seguintes, o cenário político mundial de ascensão de governos neoliberais, associado a períodos de crise econômica, favoreceu a concepção da atenção

primária seletiva através da disseminação de programas de extensão de cobertura apoiados por agências internacionais, tais como o Banco Mundial. Os programas eram organizados verticalmente e baseados na oferta de “cestas básicas” compostas por um conjunto mínimo de ações de saúde simples e de baixo custo, voltados para aqueles que não tivessem condições de pagar pelos serviços individualmente e, principalmente, para as áreas rurais onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente.

Considerando as inúmeras críticas aos programas seletivos quanto à insuficiência de resultados relacionada ao fato de ofertarem cuidados primários desarticulados das demais instâncias do sistema de saúde, e quanto ao fato de não terem contribuído para reduzir a pobreza, nem para melhorar o acesso aos serviços de saúde, o Banco Mundial e a OMS vêm propondo retomar os princípios da APS formulados na Conferência de Alma-Ata (OMS/Opas, 2003). A recente publicação do relatório sobre a situação mundial da saúde intitulado “Atenção Primária à Saúde: agora mais que do nunca” corrobora tal ideia e ressalta veementemente a importância de se revigorar a APS (OMS, 2008).

Acompanhando o panorama mundial, o Brasil vem sendo igualmente palco de inúmeras discussões decorrentes das disputas históricas acerca das diferentes concepções de saúde e seus correspondentes modelos assistenciais. Corbo, Morosini e Pontes (2007), afirmam que algumas iniciativas importantes de práticas de APS surgem no contexto do movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, que defendia a ideia, posteriormente adotada na Constituição Brasileira de 1988, de “saúde como um direito de todos e um dever do Estado”. Logo em seguida, em 1990, é instituído o SUS, baseado nos princípios da universalidade do acesso, da equidade da atenção e da integralidade do cuidado. Em 1994, ainda como reflexo das lutas desse movimento, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2002).

Num primeiro momento, a assistência à saúde da família foi intitulada Programa de Saúde da Família, sendo deliberadamente redenominada Estratégia de Saúde da Família, em 1996, não só a fim de evitar a associação com as ideias vigentes relacionadas à verticalidade e à transitoriedade dos programas de saúde, mas também de ressaltar o caráter estratégico da iniciativa de transformar o modelo de atenção à saúde no país (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Inclusive, Andrade, Barreto e Bezerra (2009, p. 803) assinalam que:

A ESF é considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária. Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema público e universal. Essa compreensão da ESF como o componente primário de um sistema público de saúde de

amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e rede de serviços de atenção à saúde mental.

O uso do termo Atenção Primária foi preterido na política nacional de saúde porque na época da Reforma Sanitária prevalecia a concepção da atenção primária seletiva propagada por instituições internacionais. Em função disso, o SUS adotou a designação Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2006, p. 23). Sendo assim, essa terminologia remeteria à “descrição brasileira de uma concepção forjada historicamente no cenário internacional” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 61) que, ao mesmo tempo em que rejeita a noção seletiva, também reconhece o modelo da atenção primária.

A definição da Atenção Básica adotada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) é:

A Atenção Básica caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Deixando de lado os esclarecimentos quanto às razões ideológicas históricas para os distintos usos dos termos Atenção Básica e Atenção Primária, nesta dissertação, ambos serão empregados como sinônimos, conforme fizeram Baptista, Fausto e Cunha (2009), podendo o primeiro ser usado para expressar a concepção da política de saúde brasileira para o que internacionalmente é referido como APS.

A ESF é a proposta do SUS para a reorganização dos serviços de atenção básica, com a finalidade de estabelecer um novo modelo de atendimento à população, o qual viesse substituir a concepção e as práticas hegemônicas até então baseadas no modelo da medicina científica. Enquanto Silva Júnior (2006) afirma que a instituição da ESF no Brasil está inserida na disputa acerca dos modelos tecnoassistenciais, Mendes (1999) ressalta que isso exige a criação de um novo paradigma sanitário.

Mendes (1999, p. 238) afirma que “o modelo científico da biomedicina é composto por um conjunto de elementos que coexistem, se complementam e se potencializam” a saber: a) a visão mecanicista do homem (corpo-máquina); b) o biologismo, como reconhecimento da exclusiva natureza biológica das doenças; c) o individualismo, que elege o indivíduo como objeto da saúde, alienando-o de sua vida e excluindo os aspectos sociais; d) a especialização, como resultado do mecanicismo, que aprofundou o conhecimento específico de partes do

corpo humano e enalteceu práticas fragmentadas em detrimento da globalidade do ser humano; e) a tecnificação do ato médico, como forma de mediação entre o homem e a doença; f) o curativismo, que prestigia o processo fisiopatológico como base do conhecimento para diagnóstico e terapêutica. Silva Júnior (2006, p. 46-47) acrescenta ainda os seguintes elementos: g) a exclusão das práticas alternativas pela imposição da medicina sobre outras práticas; e h) a concentração de recursos nos hospitais e centros de diagnóstico e tratamento por causa da dependência crescente de tecnologia.

Reformar esse sistema é um processo de maturação lento que exige, além de mudanças gerenciais, modificações na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. Atinge, conseqüentemente, não só o plano político, ao mobilizar diferentes atores sociais, quanto o plano ideológico, ao gerar uma mudança cultural na lógica do entendimento sobre os processos saúde-doença, além do plano cognitivo-tecnológico, por acarretar a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com o novo projeto de produção social da saúde (MENDES, 1999).

O sentido da mudança é assim representado por Mendes (1999, p. 234):

CATEGORIA	SENTIDO DA MUDANÇA
Concepção saúde-doença	Negativa -----→ Positiva
Paradigma sanitário	Flexneriano -----→ Produção social da saúde
Prática sanitária	Atenção Médica -----→ Vigilância da saúde
Ordem governativa da cidade	Gestão médica -----→ Gestão social

Fonte: Mendes (1999, p. 234).

Ao longo desses quase vinte anos, a disseminação da ESF vem ganhando proporções vultuosas e redirecionando o quadro assistencial brasileiro. Em 2009, segundo dados disponíveis do Ministério da Saúde (2011), a ESF contava com 30.328 equipes, presentes em 5.251 dos municípios, e dava cobertura a 96,1 milhões de pessoas. Tais dimensões garantem a aproximação entre os serviços de saúde e 50,7% da população, além de favorecer o envolvimento da rede familiar, social e cultural do paciente nas práticas de cuidado, e a sua participação no processo de saúde-doença.

### 1.1.1 Atenção Primária e Saúde Mental

No que tange a aproximação da área de saúde mental com a Atenção Básica, isto é, com a Atenção Primária, Queiroz (2011) recapitula que o primeiro marco regulatório a incentivar uma aproximação entre essas áreas foi a Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992, que assegurou o atendimento ambulatorial em saúde mental nas unidades básicas de saúde, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional. Mesmo que essa determinação tenha surtido resultados pouco significativos, a mesma já indicava um rumo: o deslocamento do cuidado para fora do hospital e em direção ao território.

Porém, foi somente a partir de 2003 que o Ministério da Saúde passou a estabelecer as diretrizes e condições que a rede de cuidado em saúde mental fosse estruturada de forma intersetorial, de modo que a Atenção Básica (Primária) constituísse uma porta de entrada a partir da qual o usuário pudesse acessar os demais os serviços do sistema de saúde.

A importância do vínculo e do diálogo necessários entre essas áreas foi declarada em circular conjunta da Coordenação de Saúde Mental com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica (Primária), aparecendo assim em documento do Ministério da Saúde (2003, p.3):

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. **Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (grifo do autor).**

Em 2008, dando continuidade ao processo de implementação do novo modelo de saúde, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a missão de “apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (Primária), e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização da saúde” (Brasil, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde, em abril de 2011, havia 1.371 NASFs instituídos, tendo a de saúde mental como uma de suas áreas de atuação dos NASFs.

Segundo documento da OMS e da WONCA (2008), várias são as razões que justificam a importância de se prover assistência a problemas de ordem mental junto com os cuidados primários. Transtornos mentais constituem uma grande carga de doença, pois afetam tanto as pessoas, quanto suas famílias, e geram dificuldades não só de cunho financeiro, mas também social. Além disso, é comum que as pessoas sofram simultaneamente de problemas físicos e mentais, e, portanto, a oferta de cuidados primários integrados pode endereçar ambas

as dimensões holisticamente, abordando as questões mentais de pessoas com queixas físicas, assim como os problemas de saúde de cunho físico de pessoas com transtornos mentais.

Outra das razões citadas é que os cuidados primários integrados podem ajudar a cobrir a enorme lacuna existente entre a oferta e a demanda de tratamento por parte de pessoas com transtornos mentais. A atenção em saúde mental no nível primário também contribui para aumentar o acesso da população a serviços próximos de casa, pois favorece a participação da família, a convivência na comunidade e a manutenção das atividades de rotina, além de facilitar a promoção de saúde mental e o acompanhamento de longo prazo aos indivíduos afetados (OMS; WONCA 2008).

Saúde mental tratada no nível primário ajuda, inclusive, a diminuir a carga de estigma e discriminação em torno das doenças mentais e a evitar a violação dos direitos humanos que frequentemente ocorre nos hospitais psiquiátricos. A assistência primária que inclua a atenção em saúde mental tem custos mais acessíveis para os pacientes do que as instituições psiquiátricas, pois elimina, entre outros, os custos indiretos relacionados à busca de unidades especializadas fora da comunidade. Do ponto de vista do governo, o tratamento dos transtornos mentais na APS também apresenta uma boa relação custo-benefício, uma vez que reduz, por exemplo, os custos provenientes da incapacitação dos indivíduos afetados. Por fim, vale acrescentar que cuidados de saúde mental na APS geram bons resultados, principalmente quando há uma boa rede de serviços e o relacionamento entre os níveis primário, secundário e terciário é bom (OMS; WONCA 2008).

Starfield (2002) explica que a APS implica opera algumas mudanças fundamentais nos serviços de saúde direcionando-os no sentido de responder às necessidades tanto das comunidades, quanto dos indivíduos que procuram atenção:

A APS difere da atenção por consulta de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas, e que inclui a necessidade de serviços preventivos (IDEM, p. 29).

A autora considera que a APS forma a base e determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. E pode ser caracterizada por quatro atributos que fazem parte da atenção e ajudam a organizar os serviços (idem, p. 46):

- Primeiro contato – atributo também referido como “porta de entrada”, representado pelo acesso ao sistema de saúde;

- Continuidade – representada pela responsabilização longitudinal pelo paciente, isto é, por uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, independente da presença ou ausência de doença;
- Integralidade – relacionada ao cuidado integrado dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde, de acordo com o nível de capacitação da equipe;
- Coordenação – relacionada à capacidade de centralizar e administrar toda a informação, orientação e apoio que a pessoa recebe.

Quanto à clientela, a APS diferencia-se de outras formas de organização da atenção pelas características clínicas de seu público e seus respectivos problemas, os quais incluem uma variedade de diagnósticos ou manifestações. Diferencia-se também por uma alta proporção de pacientes já conhecidos na unidade de saúde (STARFIELD, 2002, p. 43), além de envolver “o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas nos diagnósticos conhecidos, bem como a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento” (idem, p. 21).

É justamente a problemática desse perfil de pacientes que passamos a analisar na próxima seção.

## 1.2 Os Transtornos Mentais Comuns

Os TMC foram descritos por Goldberg e Huxley (1992) como um conjunto de sinais e sintomas caracterizados como síndromes depressivas e ansiosas de caráter agudo e que remetem muitas vezes espontaneamente. São comumente associados a queixas difusas e inespecíficas de ordem somática e/ou psicológica, dificultando a identificação diagnóstica. Cansaço extremo, fadiga, falta de ar, pressão no peito, dores múltiplas incessantes, dor de cabeça, dores durante as relações sexuais, palpitação no coração, tremedeira, dificuldade em manter a atenção no que se está fazendo, inquietação, agitação e insônia, por exemplo, estão entre as reclamações mais citadas nesses quadros.

Esse rol de queixas que aparecem frequentemente na clínica da atenção primária representa uma importante demanda de cuidado com a qual muitos profissionais de saúde ainda não sabem lidar, principalmente se cursaram uma formação clássica baseada em moldes estritamente biomédicos. A lacuna entre as necessidades do paciente e o preparo do

profissional para o manejo terapêutico evidencia a importância de se ampliar o entendimento sobre essas modalidades de apresentação do sofrimento (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2006) dizem que as manifestações que não se encaixam nos referenciais da biomedicina tornam-se um problema para o diagnóstico, colocando em xeque o saber médico, principalmente quando a pessoa apresenta sintomas físicos persistentes sem que o médico possa detectar uma lesão. O mistério desses pacientes reside na ambiguidade de seus sintomas que, se por um lado, às vezes, desaparecem subitamente sem nenhuma intervenção clínica, por outro, eventualmente, agravam-se a despeito de todas as tentativas de tratá-los. Para tais casos, inclusive, há uma coleção de termos depreciativos empregados para nomeá-los: distúrbio neurovegetativo (DNV), psicossomático, somatização, neurose conversiva, além de termos populares, como: piripaque, chilique, frescura, piti, dramatização, dentre outros (SILVEIRA, 2000; SIMONETTI, 2004). O cunho negativo dos termos demonstra o quão marginalizados pelo sistema são esses pacientes. “Não são os pacientes que não se enquadram, mas o sistema institucional que não consegue responder às suas demandas” (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006, p. 1097). Observaram, ainda, que, aparentemente, o termo estresse vem também ganhando uma conotação cada vez ampla, sendo utilizado para referir-se a uma quantidade cada vez maior de perturbações distintas.

Apesar de eficiente para descobrir e controlar doenças infecciosas, o modelo biomédico funciona como panaceia para muitas queixas, sem necessariamente conseguir resolver problemas como o do sofrimento difuso, que acaba sendo desvalorizado no processo de medicalização da sociedade. “Queixas sobre sintomas como dores de cabeça, dores pelo corpo, desânimo e insônia, que são detectáveis, porém não são diagnosticáveis através de exames laboratoriais, via de regra, são medicalizadas com resolubilidade duvidosa” (SAVI, 2005, p. 6).

Em contrapartida, segundo Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2006, p. 1095), no campo da saúde coletiva (onde a ESF se encontra), é cada vez mais evidente a emergência de novas abordagens para se pensar o adoecimento, tais como a clínica ampliada, a humanização do atendimento, as discussões sobre a integralidade das ações de saúde e a produção do cuidado visando a transformação do modelo tecnoassistencial. Os autores ressaltam que também se observa uma crescente aceitação da sociedade para com as práticas terapêuticas alternativas, cuja capacidade resolutiva deve-se fundamentalmente à peculiar interpretação do binômio saúde-doença, no qual os aspectos psíquicos e físicos são indissociáveis na busca do



restabelecimento do equilíbrio. Os espaços onde a expressão da subjetividade é facilitada e acolhida permitem desvelar as razões do sofrimento, bem como novas formas de enfrentamento (SAVI, 2005, p. 8).

Para Fonseca (2007), Valla cunhou o termo sofrimento difuso para se referir a um conjunto de queixas físicas diversas, tais como dores de cabeça, dores no corpo, insônia e sintomas gástricos, entre outras, como “a expressão de um sofrimento que não tem substrato orgânico e que estaria vinculado a fatores psíquicos e sociais”.

Dantas (2009) sugere que a apresentação dos sintomas polimorfos está relacionada ao diagnóstico de sofrimento psíquico e decorre de condições de exclusão social somadas a acontecimentos de vida, podendo levar à perda do repertório de condutas adaptativas. Essas manifestações incitariam a sensibilidade em termos afetivos, estéticos ou morais, recobrando formas de vulnerabilidade psíquica que estão diretamente associadas a situações de precariedade e perda de recursos e vínculos sociais. A lista de sintomas citados pela autora encontra-se no Anexo A.

A noção de sofrimento difuso parece aproximar-se do “Modelo do Nervoso”, conforme definido por Duarte (1986), onde “nervos” são um meio físico para expressar experiências tanto físicas, quanto morais, sendo uma típica representação relacional da pessoa. A lógica do “nervoso” não nega o dualismo físico-moral; muito pelo contrário, estabelece uma teoria de conexões e fluxos possíveis entre essas duas dimensões, constituindo um verdadeiro elo entre o físico e o moral, em que uma perturbação física pode acarretar reações morais, assim como, da mesma maneira, uma experiência moral pode gerar efeitos físicos, sem que se deixe de distinguir entre os dois planos (DUARTE *apud* SAVI, 2005).

Segundo Duarte (1986), Silveira (2000, p. 11) define “nervos” como:

um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mediadores entre o sujeito sofredor e o seu meio, constituindo uma das expressões de distresse ou estresse social. Essa sintomatologia tosca, polimorfa e imprevisível pode comprometer quase todo o corpo e as funções orgânicas, inclusive as mentais, indo desde a ansiedade, ou um mal-estar indefinido, até crises convulsivas, à catatonia ou à catalepsia, passando por formas variadas de agressividade ou apatia.

A autora destaca ainda a capacidade da comunidade de distinguir entre o acometimento do nervoso e de quadros psiquiátricos. Segundo ela, a percepção do ponto de vista social é capaz de indicar as sutis diferenças entre essas manifestações:

Os doentes dos nervos têm crises em geral mais rápidas e intensas, manipulam seus medicamentos e nunca foram internados, enquanto os doentes psiquiátricos, ao contrário, não têm muito domínio sobre si mesmos, têm histórias de internações anteriores (SILVEIRA, 2000, p. 14).

Por considerarmos esclarecedor para esta discussão, reproduzimos no Anexo B a lista elaborada pela pesquisadora de sinais e sintomas associados ao modelo do nervoso.

Diferentemente da biomedicina, que recorta e destaca a doença tanto do indivíduo, quanto de seu contexto sócio-cultural, transformando-a numa entidade autônoma e dissociada da influência do meio, as abordagens ampliadas admitem que o sintoma seja uma expressão ao mesmo tempo singular e social e que, portanto, depende do ambiente em que aparece. “Não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão social e, desse ponto de vista, a doença, que é também a mais íntima e a mais individual realidade, fornece-nos um exemplo concreto de ligação entre percepção individual e simbólico-social” (AUGÉ *apud* SILVEIRA, 2000, p. 7).

Referindo-se ao código do nervoso, Silveira (2000, p. 11) diz que “as especificidades de sua apresentação e de seus significados são moduladas pela cultura, o que lhes confere o caráter de *sintomas interpretados culturalmente*” (grifo da autora).

Nervo, no nível pessoal, representa um conjunto de manifestações decorrentes de fenômenos psico-biológicos. No processo por ele [Kleinman]<sup>1</sup> chamado de cognitivo, tais manifestações sofrem a influência cultural, pois é nesse campo que são percebidos, rotulados, explicados e avaliados os agentes estressantes.

Identicamente, Helman (1994) ressalta que os fatores culturais determinam os sinais ou sintomas que são percebidos como anormais e também ajudam a dar forma às mudanças físicas e emocionais difusas, colocando-as dentro de um padrão identificável tanto para a vítima, quanto para as pessoas que a cercam. O sofrimento relacionado à doença dos nervos é uma forma cultural específica de reagir a desestruturações psicológicas, principalmente das camadas de baixa renda, constituindo tudo o que a pessoa experimenta, sente, e interpreta como sendo *eu*.

O sofrimento é, ao mesmo tempo, a vivência da fragmentação ou a experiência de caráter negativo representada pela doença, sendo também, entretanto, o ponto de partida para a “desfragmentação”, isto é, para a construção ou reconstrução da identidade social (RODRIGUES; CARDOSO, 1998). Sendo assim, apesar de o sofrimento gerar uma experiência que desintegra a unidade da pessoa, por outro lado, ele serve como força motriz para a construção da identidade social do sujeito.

Considerando a consulta médica um momento de tradução da linguagem popular para a linguagem tecno-científica, o trabalho do profissional é decodificar a fala dos pacientes em sinais médicos. Ao buscar ajuda profissional, o paciente apresenta a sua queixa através de uma narrativa sobre aquilo que o está perturbando e, nesse ato de narrar, estão presentes tanto a sua visão sobre o mundo, sobre si e sobre os outros, quanto o seu entendimento a respeito da manifestação de que sofre. Sua narrativa constitui, então, uma rede própria de conexões que

---

<sup>1</sup> Silveira (2000) refere-se à pesquisa realizada por Arthur Kleinman (1980) com chineses.

revelam certo padrão singular de atribuição de sentidos e significados à manifestação somática, sendo o sintoma e o entendimento que o sujeito tem dele absolutamente indissociáveis do ponto de vista da compreensão do sofrimento humano (HELMAN, 1994).

Entretanto, ainda de acordo com esse autor, poderíamos dizer que o paciente entra numa consulta com uma *illness* e sai dela com uma *disease*, pois, para realizar o diagnóstico, o profissional recorre a um rol de categorias definidas pelos manuais de classificação das doenças com a finalidade de nortear o trabalho clínico de interpretação e codificação das infinitas manifestações de enfermidade. As classificações funcionam como uma máquina de retrato, que só permite visualizar a realidade ao mesmo tempo em que a recorta a partir de um determinado enquadre, de modo que a visão do objeto depende de certa perspectiva definida a priori, a partir da qual a realidade será capturada. Analogamente, a visão do profissional de saúde é guiada pelas lentes das categorias diagnósticas existentes. Vale notar que a subjetividade do olhar do profissional não é considerada, pressupondo-se que capture a “realidade” objetivamente, tal como ela é.

Fortes (2004, p. 8) afirma que as queixas polimorfais difusas não se enquadram nas classificações psiquiátricas clássicas, tendo sido criada uma versão específica da Classificação Internacional das Doenças voltada para a clínica da Atenção Primária à Saúde para diagnosticar essas manifestações que...

(...) frequentemente não correspondem aos sintomas essenciais para preenchimento de critérios diagnósticos em classificações tradicionais como a Classificação Internacional das Doenças em sua décima versão (CID-10) (1993) ou a DSM-IV. Essa especificidade dos transtornos mentais presentes na Atenção Primária, caracterizada por quadros sub-clínicos e grande comorbidade entre as diversas síndromes, motivou a criação de uma classificação especial para os Transtornos Mentais na Atenção Primária, a CID-10-AP (1998).

### 1.2.1 Prevalência

Valla (2001) informa que alguns profissionais estimam que quase 60% das consultas clínicas tratam de problemas psicossomáticos, nas quais o tempo necessário para lidar com cada paciente não se coaduna com a relação eficiência/eficácia. Coincidentemente, segundo a OMS, até 60% da população que frequenta os serviços de atenção primária apresenta algum tipo de transtorno mental diagnosticável (WHO; WONCA, 2008, p. vii).

Os TMC atingem mais de 25% da população do mundo, incluindo indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de diferentes grupos sociais: 154 milhões de pessoas sofrem de depressão, sendo que quase 900 mil morrem por suicídio; 91 milhões são afetados por

transtornos envolvendo o consumo de álcool e 15 milhões pelo uso de drogas. A prevalência observada, durante o período de um ano, em diversos países varia entre 4% e 26%, conforme as metodologias de pesquisa utilizadas (WHO, 2004).

Entre crianças e adolescentes americanos usuários do sistema de saúde, a prevalência de transtornos mentais, incluindo transtornos de déficit de atenção, de conduta, de ansiedade generalizada, de transtorno depressivo, de estresse pós-traumático e de angústia de separação varia entre 15% e 30%. O grupo populacional de idosos é o que mais cresce no mundo e chegará a atingir 1.5 bilhão em 2050. Nessa população, os transtornos mentais aparecem em taxas semelhantes às daquelas de pessoas mais jovens. Estimativas conservadoras informam que a prevalência de transtornos depressivos entre pessoas com mais de 65 anos é de 10% a 15%, embora outros estudos apresentem taxas de até 45% (WHO; WONCA, 2008, p. 24).

Documento da Comissão da União Europeia (2005) estima que mais de 27% da população dessa região apresentará ao menos uma forma de adoecimento mental no período de um ano (Tabela 1), sendo as desordens de ansiedade e depressão as formas mais comuns de adoecimento mental. Nos países desenvolvidos dessa região, é previsto que a depressão seja a maior causa de doença até o ano 2020. Atualmente, o suicídio mata 58.000 pessoas por ano, mais do que os acidentes de trânsito, homicídios e HIV/AIDS.

As primeiras pesquisas realizadas no Brasil datam dos anos 80 e detectaram cerca de 55% de TMC nos usuários atendidos nos centros de saúde de São Paulo (MARI, 1986; IACOPONI, 1989; BUSNELLO et al., 1983). Já nos anos 90, o estudo multicêntrico conduzido pela OMS teve o Ambulatório de Medicina Integral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) como um de seus centros, onde foram avaliados 2.792 pacientes cujo perfil era: 72,5% mulheres, 43,4% entre 51 e 65 anos, casadas, 78,9% com escolaridade até 8 anos. A principal queixa referida pelas pacientes foi a dor. Aproximadamente 21% dos pacientes apresentaram pontuação elevada no instrumento do *General Health Questionnaire* utilizado para identificar TMC, enquanto 38% tiveram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, dentre os quais: transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo e transtornos de somatização.

De acordo com o estudo epidemiológico de Almeida Filho e colaboradores de 1997, citado por Dalgalarondo (2000, p. 186), de “31 a 50% da população brasileira apresenta durante a vida pelo menos um episódio de algum transtorno mental, e cerca de 20 a 40% da população necessita, por conta desses transtornos, de algum tipo de ajuda profissional”.

Considerando o aumento da quantidade de pesquisas realizadas nos últimos 10 anos, parece que essa temática vem ganhando visibilidade no Brasil. O estudo de Fleck et al.

(2002) sobre sintomas depressivos, realizado com 2.201 pessoas em unidade de cuidados primários em Porto Alegre, apontou a relação inversa entre essa sintomatologia e os indicadores do funcionamento psicológico, da qualidade de vida, da frequência aos serviços de saúde e do tempo de internação.

Fortes (2004) detectou uma prevalência média de 56% de TMC nos pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis, no Rio de Janeiro, sendo 33% dos casos de intensidade grave. Os quadros consistiam principalmente de Transtornos Depressivos (44%) e Ansiosos (40%), destacando-se também os Transtornos Somatoformes e Dissociativos. Cerca de 56% dos pacientes apresentaram comorbidade ao instrumento *Composite International Diagnostic Interview*<sup>2</sup>. Verificou-se que ser do sexo feminino, ter idade inferior a 45 anos, apresentar renda per capita familiar menor que R\$120,00 e não ter companheiro são fatores que contribuem para a presença dos TMC, enquanto que contar com uma boa rede de apoio social, participar de atividades esportivas ou artísticas e ter pelo menos quatro familiares íntimos são fatores que exercem efeito protetor.

Cruz et al. (2005) detectaram prevalência de 37% de TMC entre 70 puérperas de uma amostra particular na ESF em São Paulo, utilizando a escala de rastreamento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que foi elaborada pela OMS e validada para uso no Brasil.

Estudando usuários situados dentro e fora da área de cobertura da ESF no município de São Paulo, Maragno et al. (2006) encontraram 25% de pessoas com indicativos de TMC, a partir de rastreamento feito também com a escala SRQ-20. Não houve diferença estatística significativa segundo a área de cobertura da ESF, mas houve maior prevalência entre mulheres, idosos com mais de 65 anos e em usuários de baixa escolaridade.

A fim de avaliar a saúde mental por meio de itens que indicam a presença ou a ausência de sintomas ou distúrbios clínicos não psicóticos, Bandeira et al. (2007) aplicaram a Escala de Saúde Geral de Goldberg (QSG) em 400 usuários da ESF no interior de Minas Gerais, e encontraram um índice global elevado (37,8%) de pessoas com perfil sintomático indicativo de TMC, destacando-se sintomas referentes às subescalas de Distúrbios do Sono (41%) e Desejo de Morte (38,25%), além de índices menores, porém ainda elevados, nas subescalas de Desconfiança do Próprio Desempenho (27,8%), Distúrbios Psicossomáticos (25,5%) e Estresse Psíquico (22%).

Quanto aos elementos que influenciam a prevalência, Lima et al. (1996) citam fatores biológicos, sociais, econômicos e demográficos e afirmam, ainda, que eventos da vida, tais

---

<sup>2</sup> Composite International Diagnostic Interview (CIDI) é um instrumento da Organização Mundial de Saúde criado na década de 80 por Robbins et al. (1989). A última versão em português foi validada por Quintana et al. (2002).

como morte de parente, perda de emprego, divórcio e episódios de violência também contribuem para ocorrência de morbidade psiquiátrica.

Os resultados encontrados em vários estudos sobre a prevalência de TMC, seja na comunidade, seja em unidades de saúde, foram sistematizados por Fortes (2004), os quais reproduzimos nas Tabelas 2 e 3 para fins elucidativos.

À primeira vista, essas taxas demonstram-se elevadas e, evidentemente, caberia questionar como esses índices são produzidos, bem como problematizar se têm alguma relação com a expansão do fenômeno da medicalização. Entretanto, isso poderia nos desviar do foco central deste trabalho, cujo propósito não é discutir as altas taxas de prevalência, nem as formas de classificar os TMC.

Vale lembrar que o intuito é pesquisar o que é feito com essas manifestações, considerando que, por causa de seu sofrimento, dentre uma série de instâncias em que poderia procurar ajuda, um paciente escolhe recorrer ao sistema de saúde, apresenta-se ao médico, solicita a sua ajuda profissional e deposita nele todas as suas esperanças de melhora. Porém, apesar de vários estudos demonstrem que é alta a prevalência dos TMC conforme acabamos de expor, inúmeros outros alertam para o fato de que os mesmos não recebem a devida atenção nos diversos níveis do sistema de saúde, com destaque para a Atenção Primária à Saúde.

### **1.2.2 Aspectos psicossociais e impacto na qualidade de vida**

É sabido que a falta de cuidado concorre para o agravamento dos quadros ansiosos e depressivos, e causa impacto significativo em termos de sofrimento, incapacidade e perdas econômicas. Os TMC afetam não só o indivíduo, mas também a sua família e a comunidade em que vive, porque comprometem a qualidade de vida e podem provocar intenso sofrimento, o qual, por sua vez, pode privar a pessoa de levar uma vida comum, e até mesmo impedi-la de exercer suas atividades diárias. Ao fazer com que se afaste tanto de sua rotina social, quanto de suas responsabilidades domésticas e laborais, o quadro pode culminar em total incapacidade funcional, implicando prejuízo psíquico e social, além de perdas econômico-financeiras significativas.

Em todo o mundo, as doenças mentais e do comportamento contribuem, de uma forma substancial, para a incapacidade e morte prematura. São comuns em todos os países e se não

tratadas causam um sofrimento imenso, afetando uma em cada quatro famílias a qualquer momento (OMS; WONCA, 2008, p. 250).

Além de sofrerem com sintomas físicos e mentais perturbadores advindos de seu distúrbio, geralmente os acometidos podem sentir-se impossibilitados de participar de atividades laborais e de lazer, o que gera preocupações quanto à incapacidade de sustentarem a si próprios e a suas famílias, à dificuldade de arcarem com suas responsabilidades ou mesmo à possibilidade de virem a se tornar um problema para sua família e/ou comunidade, que passam a ter que fornecer ajuda emocional e financeira. Essa situação muito frequentemente é motivo de discriminação social, e o impacto negativo da estigmatização concorre para agravar o sentimento de incapacidade/deficiência. Os efeitos que recaem sobre a família incluem desde as dificuldades econômicas, as reações emocionais às doenças, o estresse em face de um comportamento perturbado, o comprometimento da rotina doméstica, até a restrição das atividades sociais (OMS; WONCA, 2008).

A população está exposta a uma série de situações que afetam suas condições de vida e podem configurar vivências de fragilidade e sofrimento mental. Em função disso, o conceito de “risco psicossocial” associado às chances de ocorrência de situações de agravo vem ganhando visibilidade no campo da saúde.

O risco psicossocial envolve, ao mesmo tempo, as noções de possibilidade e incerteza que, imediatamente, levam ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para tentar prevê-lo, controlá-lo e evitá-lo. Nos eventos de risco psicossocial, o indivíduo é exposto a situações que exigem respostas, as quais podem desencadear reações de desequilíbrio emocional danosas ao próprio e a outros, ao provocar vivências de vulnerabilidade, tais como reações de agressão e violência, estresse e diversas enfermidades mentais, dentre elas o sofrimento psíquico e os transtornos mentais (IMPAGLIAZZO, 2005).

Ainda segundo essa autora, o termo risco refere-se à possibilidade de algo perigoso acontecer, transmitindo a ideia de uma possível, porém incerta, existência de ameaças que possam causar danos à pessoa ou ao ambiente. Uma vez que o risco fala de uma potencial possibilidade, sem garantir, entretanto, a certeza da ocorrência de um evento, há também uma noção de tempo embutida no conceito, a qual está relacionada a uma frequência de cunho passageiro. Quanto ao termo psicossocial, este possui uma natureza multideterminada e subjetiva, envolvendo uma inter-relação dinâmica entre o conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, emocionais e políticos capazes de influenciar – positiva ou negativamente – a existência do ser humano:

O ambiente psicossocial tanto pode ser promotor de saúde, quanto pode precipitar o adoecimento. Se o meio se organiza de forma a atender às necessidades dos sujeitos, possibilitando qualidade de vida, ele funciona como promotor de saúde. Ao contrário, se o

meio mostra-se hostil, gerando necessidades ao invés de atendê-las, expondo os sujeitos a riscos e vulnerabilidades, esse ambiente psicossocial é potencialmente capaz de precipitar agravos à saúde e ao sofrimento. Não se pode deixar de levar isso em consideração sob o ônus de referir o “psicossocial” apenas como patogênico, trazendo unicamente malefícios ao sujeito humano (IMPAGLIAZZO, 2005, p. 66).

Os problemas psicossociais ou ambientais estão relacionados a eventos vitais de cunho negativo, tais como uma dificuldade ou uma deficiência ambiental, um estresse familiar ou interpessoal, uma inadequação do suporte social ou dos recursos pessoais ou algum outro problema relacionado ao contexto no qual se desenvolveram as dificuldades do indivíduo. Apesar do caráter positivo, alguns eventos, como uma promoção no emprego, por exemplo, podem ser fonte de estresse, quando o indivíduo tem dificuldade para se adaptar à nova situação. Em tais casos, os “estressores positivos” devem ser listados apenas se constituírem um problema para a pessoa. Além do papel que exercem na deflagração ou exacerbação de um transtorno mental, os problemas psicossociais também podem se desenvolver em consequência da psicopatologia do indivíduo, ou podem configurar problemas que devem ser considerados no plano global do tratamento (APA, 2003). A lista de aspectos psicossociais pode ser consultada no Anexo C.

Assim, apesar da característica multideterminada e subjetiva do sofrimento, já existem trabalhos que apontam a relação entre situações de vulnerabilidade e o surgimento de perturbações psíquicas, demonstrando que lidar com quadros de risco psicossocial representa um desafio importante para a construção das abordagens de saúde mental.



## 2 **DESCREVENDO INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Algumas das diversas modalidades de intervenção psicossocial identificadas na revisão bibliográfica serão aqui apresentadas. Nas seções Metodologia e Estrutura, descrevemos o processo que resultou na identificação dessas intervenções e comentamos o racional que nos levou a selecioná-las, enquanto que a análise crítica das mesmas será feita no próximo capítulo desta dissertação.

Para cada tipo de intervenção, haverá uma breve contextualização, quase sempre englobando as bases teóricas que a fundamentam, bem como um resumo do histórico de seu desenvolvimento. A seguir, descreve-se a sua aplicação prática na realidade cotidiana da APS, através do relato de algumas experiências e/ou estudos clínicos sobre o cuidado do sofrimento psíquico e dos TMC.

Os três eixos que nortearam a pesquisa bibliográfica (Intervenção + TMC + APS) resultaram em um conjunto de referências que abordam os mais variados aspectos a eles referentes: panorama da área de saúde mental em vários países, estudos sobre prevalência, discussão sobre critérios e instrumentos utilizados para a classificação e avaliação diagnóstica dos transtornos mentais, revisão da literatura sobre tratamento e intervenções, estudos descrevendo tipos de intervenção ou comparando intervenções, entre outros.

Entretanto, para nos atermos ao foco proposto para esta dissertação, concentramos nossa atenção nos artigos cujo conteúdo tratasse diretamente das intervenções psicossociais. Vale observar, ainda, que, embora as publicações descrevam as mais diversas formas de prover o cuidado, é possível reuni-las basicamente em 2 grandes grupos, de acordo com o tipo de abordagem que oferecem.

O primeiro grupo é aquele em que o tratamento é fornecido num enquadre padrão e/ou tradicional. Por formato tradicional, entende-se aquele em que exista a presença de um profissional devidamente graduado e capacitado, e no qual haja o encontro presencial face a face entre terapeuta e paciente. Nesse grupo, estão as intervenções baseadas em terapia interpessoal, cognitivo-comportamental, solução de problemas e terapia comunitária, além das intervenções grupais apoiadas em outras teorias que não as já mencionadas.

O segundo grupo agrega as intervenções com arranjos diferenciados que envolvam ações com o uso de mão de obra leiga, de suporte ao autocuidado, bem como aquelas mediadas por sistemas informatizados. Mesmo que nas três modalidades identificadas possa

haver algum nível de participação presencial de um profissional, decidimos classificá-las como diferenciadas, por levar em conta que fogem do modelo tradicional já descrito.

Nas experiências com mão de obra leiga, como o título já indica, a intervenção é feita por terapeutas que não possuem formação em saúde mental ou mesmo em saúde, e podem, inclusive, contar com a participação de voluntários da comunidade. Nos atendimentos, não costuma haver a participação direta de profissionais com educação/formação acadêmica, embora, comumente, sejam eles que planejem e orientem a condução geral do tratamento, além de fornecerem o treinamento inicial aos terapeutas leigos.

Já nas intervenções baseadas no suporte ao autocuidado e naquelas mediadas por sistemas informatizados, pode haver um contato direto do profissional com o paciente, o qual pode ser mais ou menos intensivo ao longo do tratamento, dependendo do desenho e da sequência das ações terapêuticas planejadas. Entretanto, nessas modalidades, o profissional atua principalmente como um coadjuvante, desempenhando o papel de apoiar e acompanhar o tratamento, ao invés de liderá-lo. Assim, no caso do suporte ao autocuidado, o profissional apoia o paciente, que tende a assumir o protagonismo do seu próprio tratamento. Enquanto que nas terapias com o auxílio de ferramentas informatizadas, o paciente geralmente acessa uma plataforma digital, segue uma sequência de passos e executa uma série de comandos e/ou desempenha um conjunto de atividades, conforme as ações de tratamento que são apresentadas e ministradas, parcial ou integralmente, pela própria plataforma.

Para mais rápido entendimento, alocamos no esquema a seguir as intervenções que serão descritas neste capítulo, de acordo com o grupo a que pertencem, e na ordem em que serão apresentadas:

**Grupo 1: Intervenções com arranjo tradicional face a face**

1. Intervenções breves e manualizadas
  - 1.1. Terapia Interpessoal
  - 1.2. Terapia Cognitivo-comportamental
  - 1.3. Terapia de Solução de Problemas
  - 1.4. Terapia Comunitária
2. Intervenções grupais

**Grupo 2: Intervenções com arranjos diferenciados**

1. Com delegação de tarefas para mão de obra leiga não qualificada
2. Baseadas no suporte ao autocuidado
3. Mediadas por plataformas automatizadas ou sistemas computadorizados

## 2.1 Intervenções com arranjo tradicional face a face

Entre as intervenções em que o tratamento é feito em encontros presenciais entre terapeuta e cliente, foram encontradas diversas pesquisas relatando experiências com o uso de intervenções breves, estruturadas e manualizadas, além de intervenções grupais.

Cape et al. (2010) explicam que, quando se compara a duração das terapias, aquelas fornecidas em unidades primárias tendem, de modo geral, a ser mais curtas que as fornecidas em serviços secundários. Apesar de haver divergências sobre o que pode ser considerado tratamento breve, vale citar que, os pesquisadores americanos Sherill e Kovacks (2002) estabelecem o período de 5 a 16 semanas ou até 16 sessões, que o grupo inglês de Cape et al. (2010) reduz para entre duas e dez sessões, o que difere das doze a vinte e quatro sessões, quantidade geralmente oferecida nos serviços secundários segundo esses autores.

### 2.1.1 Intervenções breves e manualizadas

Além de apresentarem um período mais curto para a sua realização, as intervenções psicoterápicas identificadas nesta pesquisa são bastante estruturadas no que se refere a possuírem um planejamento bem definido, que organiza a terapêutica em etapas de desenvolvimento. Assim, cada etapa envolve um conjunto de objetivos e ações previamente estruturados, os quais devem ser trabalhados com os pacientes em certa quantidade de encontros igualmente já previamente estabelecidos. A estrutura desse planejamento e o passo a passo das atividades que o terapeuta deve seguir são geralmente dispostos e registrados no manual da intervenção, que, às vezes, inclui também uma versão adaptada para os pacientes utilizarem.

Sherill e Kovacks (2002, p. 580, tradução nossa) resumem que:

“o manual especifica o conceito ou o racional teórico da terapia; os sintomas, comportamentos ou processos que devem ser tratados; e as estratégias ou abordagens de cuidado aceitáveis”. Desse modo, a função do manual é orientar a condução da terapia, aplicando a técnica escolhida para ser usada numa intervenção e, de acordo com esses autores, “tornou-se a forma aceitável de padronizar a execução de um tratamento”.

### 2.1.1.1 Terapia Interpessoal

Dentre o resultado das buscas, destacou-se uma série de estudos sobre o uso da Terapia Interpessoal (TIP), uma modalidade de psicoterapia desenvolvida na década de 1970, pelo médico Gerald Klerman, sua esposa Myrna Weissman e um grupo de vários colaboradores, como um tratamento de período limitado e sessões semanais, inicialmente denominada intervenção de alto contato social (*high social contact intervention*), e voltada para o cuidado da depressão maior em adultos (WEISSMAN, 1997; MELLO et al., 2005).

Criada com fins de pesquisa clínica, e seguindo o objetivo de “desenvolver um procedimento psicoterápico que pudesse ser reproduzido fielmente por diferentes terapeutas” (LACAZ, 2009, p.4), teve sua condução clínica disposta em um manual de tratamento para uso profissional, sendo, por isso, considerada uma das intervenções “manualizadas” (MELLO et al., 2005).

Após alguns acontecimentos no início dos anos 90, houve uma ampla disseminação da TIP, impulsionada pela publicação de suas diretrizes depois da morte de seu criador. Somando-se a isso, o “Projeto Colaborativo de Pesquisa no Tratamento da Depressão” do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) americano, um estudo multicêntrico que investigava a efetividade da TIP e da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão maior, atestou e referendou a TIP como uma modalidade de tratamento eficaz para o espectro de transtornos afetivos (WEISSMAN, 1997), a qual passou também a ser uma prática recomendada pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e pelo Departamento de Saúde e Recursos Humanos (MELLO et al. 2005).

Ao longo dos anos, a TIP vem sendo adaptada para casos de depressão em adolescentes e idosos, transtorno bipolar, transtornos alimentares, depressão pós-parto, distímia, pacientes HIV positivos, pacientes deprimidos e em situação de conflito conjugal, além de ser utilizada também para a abordagem de pacientes deprimidos na APS, não sendo recomendável para tratamento de abuso de substâncias. Continuam em andamento pesquisas sobre a eficácia da TIP para outros quadros, tais como fobia social, síndrome do pânico, transtornos somatoformes, câncer, dentre outros. Bibliografia sobre a TIP já foi traduzida para várias línguas, dentre elas, italiano, alemão (WEISSMAN, 1997) e, mais recentemente, inclusive para português (LACAZ, 2009; GONÇALVES et al., 2012; CHIAVERINI et al., 2011).

Segundo um grupo de autores da UNIFESP, a TIP é baseada num modelo biopsicossocial de compreensão do sofrimento mental, sendo o funcionamento do paciente um produto da interação de seu temperamento, sua personalidade, e suas características de apego e vínculo, estruturados sobre uma base biológica e genética, e que agem conjuntamente com o meio sociofamiliar e cultural (LACAZ, 2009). Está fundamentada na abordagem de Adolf Meyer e Harry Stack Sullivan (anos 50), que entendiam os transtornos psiquiátricos como uma tentativa do indivíduo para adaptar-se ao seu ambiente e às linhas de força do contexto social e das relações interpessoais (JUDD et al., 2004). E é complementada pela teoria social de Henderson, pela teoria do apego de Bowlby e pela teoria da comunicação de Kiesler e Benjamin (LACAZ, 2009).

Como foco central de cuidado, a TIP não trabalha sobre a causa da depressão ou de qualquer outra condição mental, mas sim sobre a conexão entre os sintomas apresentados pela pessoa e o conjunto de problemas interpessoais pelos quais ela possa estar passando. De modo geral, privilegia o trabalho com os relacionamentos atuais em detrimento daqueles do passado, focalizando no contexto social mais imediato. Visa a intervir no alívio de sintomas e nas disfunções sociais relacionadas ao estado depressivo mais do que em aspectos da personalidade do paciente, baseando-se na hipótese de que a modificação das circunstâncias sociais e interpessoais é um agente motor para a melhora clínica da depressão. A personalidade do paciente é reconhecida, mas não é focada, porque a abordagem é interpessoal e não intrapsíquica. Busca, assim, ampliar o suporte social, incentivando o paciente a reconhecer suas necessidades e a comunicá-las mais adequadamente às pessoas significativas de seu entorno social que estejam disponíveis para fornecer-lhe o suporte necessário (WEISSMAN, 1997; MELLO et al., 2005; LACAZ, 2009).

O manejo da TIP divide-se em três fases. A fase inicial é constituída de um a três encontros, e inclui o processo diagnóstico em que o profissional investiga a história do sofrimento psíquico e/ou emocional e o contexto das relações interpessoais. Ele avalia se é necessário prescrever alguma medicação e também faz uma espécie de “psicoeducação” em que conversa com o paciente sobre a relação de seus sintomas com a situação de seus relacionamentos interpessoais. Mello et al. (2005) destacam que um momento importante dessa fase é aquele em que o terapeuta confere ao paciente o papel de doente tal como entendido pelo sociólogo Talcott Parsons. Nesse sentido, o terapeuta autoriza-o a resguardar-se de cumprir certas obrigações sociais, ao mesmo tempo em que o incentiva a participar no seu próprio tratamento. Ainda nessa fase, terapeuta e paciente determinam o foco da intervenção. A fase intermediária transcorre em cinco a oito encontros, e envolve o uso de

estratégias direcionadas para lidar com a área específica do problema interpessoal do paciente, enquanto que, nos encontros da fase final, o terapeuta encoraja o paciente a reconhecer e consolidar as mudanças alcançadas e os ganhos terapêuticos obtidos e, ainda, a identificar e lidar com possíveis recaídas.

A indicação para aplicação técnica recai sobre quatro tipos de situações que, por sua vez, constituem o foco do trabalho interpessoal. Casos de luto associado à perda de pessoas significativas, de conflitos ou disputas interpessoais que acentuem as dificuldades de estabelecer e manter bons vínculos de confiança, de transição de papéis associada a mudanças nas condições de vida ou a eventos traumáticos e, ainda, a casos de alta sensibilidade interpessoal em que sintomas intrusivos ou de evitação prejudiquem ou mesmo impeçam a interação social. (WEISSMAN, 1997; LACAZ, 2009; CHIAVERINI et al., 2011; GONÇALVES et al., 2012).

Quanto ao uso da TIP no contexto da APS, Chiaverini et al. (2011, p. 72) e Gonçalves et al. (2012) afirmam que:

A TIP apresenta grande potencial de atuação dos profissionais da atenção primária junto com seus matriciadores (especialistas da saúde mental) para a abordagem de indivíduos que sofrem situações de violência física ou psíquica, tão comuns em nossa sociedade.

No que tange às experiências realizadas no campo assistencial, é interessante começar apresentando o primeiro ensaio clínico randomizado formalmente realizado em um país de baixa renda. Conduzido pela equipe de Judith Bass et al. (2006), este estudo comparou a efetividade de um tratamento incluindo TIP com a obtida no tratamento habitualmente oferecido a habitantes da área rural de Uganda após seis meses da intervenção, observando se os benefícios obtidos imediatamente após a sua realização ainda se mantinham presentes cerca de um semestre mais tarde.

Os pesquisadores relatam que a escolha dessa estratégia de tratamento deu-se em função da necessidade de escolher uma intervenção apropriada para o cuidado da depressão na sociedade ugandense, levando-se em conta tanto o contexto cultural favorável a intervenções promotoras de redes sociais, quanto as limitações de orçamento e infraestrutura. Realizar o tratamento à base de medicação implicaria, por exemplo, em custos altos e profissionais treinados para monitorar dosagens e efeitos colaterais, bem como na administração de um suprimento de fármacos na região. Além disso, lembram que a TIP também já foi testada no cuidado da depressão em pacientes HIV positivos, fato importante para países da África onde é alta a incidência dessa doença.

No início do estudo, os participantes haviam sido diagnosticados com sintomas localmente chamados de *yo kwekyawa* e *okwekubazida*, identificados com sintomas

depressivos, danos funcionais e depressão, enquanto que, seis meses após a realização da intervenção grupal usando TIP, eles demonstraram depressão moderada e taxas mais baixas de danos funcionais do que aqueles pacientes do grupo controle.

Foram selecionadas como elegíveis 341 pacientes, dos quais 248 foram divididos entre os grupos de intervenção e os grupos de controle. Ao final de seis meses, cerca de 96% participaram da avaliação final do estudo. A intervenção constituiu-se de encontros semanais ao longo de dezesseis semanas, e os grupos foram dispostos por sexo masculino e feminino. Cada grupo foi liderado por um habitante local do mesmo sexo dos demais participantes, mas sem qualquer experiência ou treinamento anterior em saúde mental, exceto a capacitação oferecida em TIP de grupo fornecida por membros do grupo de estudo, a qual incluía técnicas de didática e dramatização (*role-play*). Durante as sessões de grupo, os líderes incentivavam os participantes a rever seus sintomas atuais, a descrever os eventos da semana anterior, e a correlacioná-los com seu estado emocional, além de oferecer apoio uns aos outros. Os pacientes do grupo de controle não receberam nenhum tipo de tratamento, nem costumavam se reunir para nenhuma outra finalidade.

Segundo Bass et al. (2006), os resultados indicam que, seis meses depois, continuava mantida a acentuada redução das disfunções e dos sintomas depressivos apresentada pelos indivíduos que participaram do grupo de TIP logo após o tratamento, o que foi interpretado como evidência direta da durabilidade dos benefícios de uma terapia breve, ou indireta dos efeitos benéficos decorrentes do prolongamento da interação social propiciada pela intervenção, que possibilitou que os participantes continuassem a se encontrar com frequência, por livre e espontânea vontade, após o término do ensaio clínico, mesmo na ausência de um líder, ou, ainda, como um somatório de ambos esses fatores. Os autores concluem que, quase meio ano depois, a intervenção formal realizada com pacientes da APS continuava a trazer benefícios para a saúde mental.

A experiência de Uganda inspirou outros experimentos, como o Projeto MANAS, realizado na Índia, cujo detalhamento encontra-se na seção sobre intervenções com delegação de tarefas para mão de obra leiga em saúde mental. No entanto, é importante destacar que, nesse estudo sobre um conjunto de cuidados ministrados de modo escalonado, a TIP foi a intervenção psicológica estruturada selecionada para ser aplicada por conselheiros de saúde leigos, que também ministraram atividades de psicoeducação. Além desses cuidados, o projeto ofereceu consultas com especialistas sempre que o encaminhamento se fez necessário. A TIP foi particularmente usada na atenção a pacientes com transtornos mentais moderados ou graves ou, ainda, em alternativa ou complementação ao tratamento daqueles que não

havia respondido a antidepressivos, tendo sido disponibilizada em seis a doze encontros, sendo oito a média ideal (PATEL et al., 2010).

Criada e muito utilizada nos Estados Unidos, a TIP vem sendo testada na Europa. Van Schaik et al. (2007) afirmam que, apesar de a TIP ser recomendada no tratamento da depressão em idosos, sua disseminação para o contexto da APS ainda é limitada, lembrando, inclusive, que, geralmente, os médicos da APS não costumam percebê-la, nem diagnosticá-la, o que prejudica as condições mentais e físicas dos pacientes.

Diante dessa lacuna, Van Schaik et al. (2007) decidiram estudar o potencial da TIP naquela população, através de uma avaliação da satisfação de pacientes, médicos e terapeutas a respeito do uso da TIP no tratamento de depressão em pacientes acima de 55 anos, que haviam visitado o médico no mês anterior. O estudo envolveu doze clínicas gerais (*general practice*) em Amsterdam e adjacências.

A TIP foi selecionada como modalidade de intervenção porque sua eficácia já havia sido comprovada com idosos e com pacientes adultos da APS, e pela conveniência de profissionais com diferentes formações terapêuticas aprenderem-na facilmente. Para a intervenção, foi desenvolvido manual de treinamento em holandês baseado em Myrna Weissman (autora referenciada nesta seção). O treinamento foi ministrado em curso de dois dias, seguido de supervisão quinzenal em grupo durante o projeto. Seguiu-se a estrutura conforme o protocolo original, porém a quantidade de sessões foi reduzida de doze para dez, a fim de minimizar as desistências. Além disso, Van Schaik et al. (2007, p. 3, tradução nossa) assumiram que “um tratamento menos intenso seria suficiente, por ser comum uma natureza menos severa da depressão na clínica geral (*general practice*)”.

Os pacientes receberam uma carta de seu médico solicitando que preenchessem o questionário de detecção *Geriatric Depression Scale* (GDS-15). Aqueles que pontuaram acima de cinco, foram contactados por telefone e convidados a participar da fase diagnóstica, quando foi aplicado o módulo de detecção de transtornos depressivos do instrumento *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD). 6.719 pacientes receberam o GDS-15, e desses, 4.143 (62%) preencheram também o PRIME-MD, havendo 205 pacientes com depressão maior (critério do DSM-IV), dos quais 143 concordaram em participar do projeto, sendo 69 alocados para a intervenção com TIP (VAN SCHAİK et al., 2007).

Na Holanda, “os clínicos gerais (*general practitioners*) não podem aplicar a TIP porque essa terapia demanda tempo e isso não faz parte de seu contexto vocacional” (VAN SCHAİK et al., 2007, p. 2, tradução nossa). No entanto, colaboram com psicólogos, conselheiros e enfermeiras psiquiátricas, tanto de clínicas privadas, quanto públicas. Por isso,



os pesquisadores optaram por selecionar os terapeutas desses serviços que, por sua vez, indicaram os clínicos de sua rede de referência, num total de vinte e dois clínicos.

Contudo, terapeutas privados recusaram-se a integrar o projeto por questões financeiras, de modo que apenas terapeutas dos serviços públicos especializados de saúde mental juntaram-se à iniciativa. Deve-se ressaltar que uma das razões para a alta adesão dos terapeutas está calcada na política pública de saúde mental holandesa, que vem priorizando a transferência de expertise das unidades especializadas para a APS (VAN SCHAIK et al., 2007).

Quanto ao perfil desses profissionais, nove eram enfermeiras psiquiátricas e seis psicólogos, sendo  $\frac{3}{4}$  deles mulheres. Todos tinham cinco anos ou mais de experiência em assistência de saúde mental, e treze haviam trabalhado dois anos ou mais com pacientes idosos. Quanto à filiação teórica dos psicólogos, um tinha formação psicodinâmica, quatro em terapia cognitivo-comportamental, e um em terapia familiar, ao passo que as enfermeiras psiquiátricas não tinham treinamento anterior em nenhuma abordagem psicoterapêutica específica (VAN SCHAIK et al., 2007).

De modo geral, a avaliação de satisfação dos pacientes, assim como dos médicos e terapeutas foi positiva. Os terapeutas julgaram positivo o fato de trabalharem dentro da unidade da APS e aprovaram a estrutura e o protocolo da TIP. Quanto aos médicos, de um lado, onze mencionaram como aspectos positivos algumas características da TIP, tais como curta duração, praticidade, ser amigável e estruturada; nove citaram a facilidade do acesso ao tratamento, e quatro afirmaram que a intervenção os fez sentirem-se apoiados no trabalho junto a pacientes idosos. De outro lado, como aspectos negativos, três clínicos disseram que praticamente não tiveram contato com o terapeuta responsável pela intervenção, dois criticaram o fato de a seleção de pacientes ser feita pela aplicação de instrumentos de detecção, e não por encaminhamento do médico, e dois acharam que a intervenção demanda muito tempo. Vale destacar que todos os médicos, exceto um, avaliaram que a intervenção ofereceu cuidado adequado para um grupo de idosos que não queriam ser encaminhados para unidades secundárias especializadas em saúde mental, além de afirmarem que utilizariam a TIP, caso estivesse disponível ao final do experimento (VAN SCHAIK et al., 2007).

Com relação ao perfil do foco das queixas, a transição de papéis apareceu em 60% dos casos em que o paciente considerava estar deixando de ser saudável e passando a ser uma pessoa com restrições devido a deficiências físicas. Em 22% dos casos, o foco esteve nas disputas e conflitos interpessoais, enquanto que luto e déficit interpessoal foram os focos menos trabalhados.

Um achado importante desse experimento está na seguinte observação dos terapeutas:

Em pacientes com depressão leve foi muito difícil discutir os sintomas depressivos como parte de uma doença (*illness*) depressiva, conforme a orientação do protocolo da TIP. No estágio inicial do projeto, tornou-se claro que tal abordagem não era adequada para esses pacientes, porque eles não se identificavam com a descrição de uma doença (*illness*) depressiva. Os terapeutas também estavam convencidos de que falar sobre uma doença (*illness*) era inapropriado para esses pacientes. Portanto, os terapeutas associaram os problemas interpessoais às queixas dos pacientes, ao invés de associá-los ao transtorno depressivo (VAN SCHAİK et al., 2007, p. 4, tradução nossa).

Esse estudo demonstrou que, passados seis meses da intervenção, 51% dos pacientes que receberam a TIP já não apresentavam mais o quadro de depressão maior diagnosticado inicialmente, ao passo que o mesmo ocorreu em apenas 34% do grupo controle. Com a extratificação dos dados, Van Schaik et al. (2007) verificaram que, no grupo com depressão moderada/severa, 54% do grupo TIP não tinham mais depressão, comparados com 26% do grupo controle, enquanto que, no grupo com depressão leve, a diferença entre os grupos não foi expressiva (49% e 40%, respectivamente).

Baseados nesses resultados, Van Schaik et al. (2007) perceberam que a TIP apresentou resultado superior ao do cuidado usual em casos de depressão moderada a severa, porém o mesmo não aconteceu em pacientes com depressão leve. Isso indica a necessidade de se incluir uma avaliação quanto ao grau de severidade da depressão, a fim de selecionar os pacientes para uma intervenção de TIP. Lembrem, ainda, que a efetividade de qualquer tratamento pode ser sempre mais alta quando o paciente tem a possibilidade de escolher ou mudar de intervenção, ou quando uma combinação de técnicas é oferecida, conforme é feito em muitos programas de cuidados colaborativos.

Profissionais que não são do ramo psiquiátrico vêm utilizando uma versão mais simples da TIP para o tratamento de pacientes que apresentam sofrimento mental, chamada aconselhamento interpessoal (*interpersonal counseling*) (WEISSMAN, 1997); e um grupo de pesquisadores australianos informa que, por ser mais breve, o aconselhamento interpessoal (AIP) é particularmente indicado para o contexto dos cuidados primários (JUDD et al., 2004).

Na definição de Judd et al. (2004, p. 337, tradução nossa) AIP é:

Uma abordagem prática e efetiva para tratar os problemas comuns de saúde mental que possam ser facilmente integrados aos cuidados da clínica geral. O foco em eventos de vida e em problemas interpessoais e sociais é algo conhecido pelos clínicos gerais. A frequência e a duração das sessões necessárias são aceitáveis e podem ser cobertas pelas novas “estratégias psicológicas focais” definidas nas regras de benefícios do Medicare<sup>3</sup>.

Compartilhando as mesmas bases teóricas e as mesmas indicações de uso clínico da TIP, de acordo com esses autores, AIP é uma terapia ainda mais breve na quantidade e na

<sup>3</sup> Medicare é um seguro de saúde do governo federal americano para pessoas acima de 65 anos, ou de qualquer idade que tenham problemas crônicos de rim ou falência renal, ou com algum tipo de incapacidade que impeça de trabalhar. Disponível em <http://www.medicare.gov>, acesso em 5/03/2012. (tradução nossa).

duração do tratamento, que transcorre em seis sessões, cada uma com um propósito ou foco bem definido a ser devidamente abordado, conforme o Quadro 1. No escopo dessa abordagem, o sofrimento psíquico é composto por três aspectos: a formação de sintomas e os sinais sintomáticos, as relações interpessoais e sociais, e a personalidade relacionada às características e comportamentos permanentes que podem contribuir para uma predisposição à manifestação de sintomas, sendo o objetivo dessa modalidade de intervenção “reduzir os sintomas psicológicos, restaurando o moral e aumentando a autoestima, bem como melhorar a qualidade do ajustamento social e das relações interpessoais” (JUDD et al., 2004, p. 333, tradução nossa).

Assim, o AIP pode ser indicado para pessoas que estejam em sofrimento emocional e que tenham sintomas relacionados a eventos estressores pelos quais estejam passando naquele momento, sem, entretanto, apresentarem transtornos psiquiátricos ou condições clínicas que devam preferencial ou obrigatoriamente receber tratamento medicamentoso ou de outra modalidade psicossocial (JUDD et al., 2004).

Essa descrição do público alvo do AIP coincide com a dos frequentadores da APS, e Judd et al. (2004) citam dois estudos clínicos conduzidos em unidades de cuidados primários que demonstraram sua eficiência em reduzir sintomas de depressão e em melhorar a autoavaliação do estado de saúde. Referem também que o AIP teve bons resultados ao ser usado juntamente com antidepressivos para o tratamento de casos de depressão leve a moderada na clínica geral (*general practice*).

#### 2.1.1.2 Terapia Cognitivo-comportamental

Na pesquisa realizada, também foram encontradas referências de tratamentos que utilizam intervenções baseadas em terapias cognitivas e terapias comportamentais. Tal achado parece estar de acordo com o crescente interesse por esse modelo de psicoterapia, que vem sendo estimulado por um grande número de pesquisas que atestam sua eficácia numa série de transtornos psiquiátricos e distúrbios médicos (RANGÉ; FALCONE; SARDINHA, 2007; KNAPP; BECK, 2008).

Comentando uma pesquisa feita a cada dez anos, na qual um painel de especialistas estuda as mudanças que futuramente influenciarão as psicoterapias, Rangé, Falcone e Sardinha (2008) dizem que as projeções indicavam a probabilidade de continuar havendo

crescimento por causa da popularidade que as abordagens cognitivas vêm alcançando no mundo. Essas previsões coincidem com os resultados de seu próprio levantamento sobre a realidade brasileira das TCC, a partir do qual constaram ter ocorrido um aumento de 100% na quantidade de novos profissionais no período dos últimos cinco anos anteriores à realização desse levantamento.

Para evitar confusão quanto ao uso da terminologia das terapias cognitivo-comportamentais, Rangé, Falcone e Sardinha (2007, p.3) informam que:

as TCC englobam tendências e procedimentos de intervenção, os quais revelam muitos aspectos comuns, mas também algumas divergências, razão pela qual o termo é usado no plural.

E, da mesma forma, Knapp e Beck (2008, p. 55) também esclarecem que:

o termo terapia cognitiva (TC) e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados com frequência como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais. TCC é usado como um termo mais amplo que inclui tanto a TC padrão quanto combinações atóricas de estratégias cognitivas e comportamentais.

Historicamente, as TCC começaram a despontar no final da década de 60, em parte como decorrência de uma insatisfação tanto com os modelos estritamente comportamentais do tipo estímulo-resposta (S-R), quanto com os modelos psicodinâmicos. Autores como Albert Bandura, com sua discussão sobre modelos de processamento de informações, aprendizagem vicária e “modelação”, e Lev Vygotsky, com sua pesquisa sobre o desenvolvimento da linguagem, desafiaram o modelo exclusivamente comportamental por não reconhecerem a mediação dos processos cognitivos no comportamento. Hans Eysenck e outros pesquisadores, por sua vez, realizaram estudos em que não encontraram evidências de que a eficácia da teoria psicanalítica fosse maior do que a remissão espontânea. Beck também constatou que a hipótese psicanalítica da raiva refletida não se confirmara em seu estudo com pacientes deprimidos. Na mesma época em que cresciam as insatisfações, surgiu uma “revolução cognitiva” e, com o passar do tempo, vários terapeutas passaram a incorporar as teorias e técnicas cognitivo-comportamentais e a se identificar como profissionais desse modelo (RANGÉ; FALCONE; SARDINHA, 2007; KNAPP; BECK, 2008).

De forma geral, a TCC é o produto da combinação de estratégias comportamentais e de processos cognitivos com a meta de atingir mudanças comportamentais e cognitivas. Esse grupo de terapias pressupõe haver um processo interno e oculto de cognição mediando o comportamento, e assume que o sofrimento emocional é uma consequência de pensamentos mal adaptados. Assim, indivíduos depressivos ou ansiosos podem ser caracterizados tanto por pensamentos negativos, catastróficos ou de medo, quanto por um processamento distorcido das informações. Em função disso, a TCC busca mudar padrões de pensamento disfuncionais,

ou seja, a finalidade da intervenção é a reestruturação cognitiva para estabelecer um padrão de pensamentos mais bem adaptados, a fim de prevenir o desenvolvimento ou a permanência de sintomas de depressão ou ansiedade (KNAPP; BICCA, 1998; HOIFODT et al., 2007).

Knapp e Beck (2008) mencionam que as TCC podem ser utilizadas para atendimento individual, de grupo, para casais e famílias, pessoas de todas as faixas etárias e em diferentes contextos clínicos, sendo mais indicadas pelas características do paciente e do terapeuta, do que pela natureza do transtorno.

As TCC podem ser classificadas em três grupos principais, sendo que cada um desenvolve estratégias específicas para o seu foco de trabalho. O grupo que trabalha com habilidades de enfrentamento concentra-se em desenvolver um repertório de instrumentos para lidar com situações problemáticas. Já a terapia de solução de problemas (TSP) concentra-se sobre o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de dificuldades pessoais; enquanto o grupo das terapias de reestruturação busca reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos (KNAPP; BECK, 2008).

Contrapondo-se às críticas de que a terapia comportamental seria mecanicista, Knapp e Beck (2008, p. 57) adiantam-se:

A abordagem científica adotada pela terapia comportamental contribuiu com diversos procedimentos e estratégias terapêuticos, como a estrutura da sessão, a maior atividade do terapeuta, o estabelecimento de objetivos do tratamento para toda a terapia e de uma pauta para cada sessão, a formulação e teste de hipóteses, a obtenção de feedback, o uso de técnicas de solução de problemas e treinamento de habilidades sociais, a prescrição de tarefas de casa e experimentos entre as sessões, e a medição de variáveis mediacionais e desfechos. Entretanto, de um ponto de vista filosófico, a TC pode ser considerada muito mais humanista, exploratória, uma vez que trabalha com construtos como a mente, e lida com sentimentos e pensamentos, ao passo que muitos a considerariam mecanicista demais.

Com relação a experiências com TCC na APS, Cramer et al. (2011), por exemplo, afirmam que a TCC fornece um meio de melhorar a saúde mental de pessoas com depressão, mas poucos estudos foram realizados com o objetivo de explorar a sua eficácia, havendo mais evidências sobre sua utilização em atendimentos individuais. Por isso, decidiram explorar o uso de TCC com mulheres com quadros depressivos em unidades primárias em áreas carentes de Bristol, no Reino Unido, e conduziram um estudo piloto a fim de examinar a aceitabilidade de uma intervenção grupal baseada nos princípios da TCC e a viabilidade de realizar um ensaio clínico controlado de grande porte.

Além dos princípios da TCC, a intervenção utilizou a metodologia de solução de problemas (abordagem derivada da TCC cuja descrição encontra-se na próxima seção desta dissertação), envolvendo lições de casa (*homework*) e ações de desenvolvimento de habilidades, a fim de estimular a melhoria da capacidade de autoadministração dos participantes.

Embora as diretrizes governamentais do NICE<sup>4</sup> recomendem o atendimento individual como primeira opção de tratamento, exceto para aqueles que preferem grupoterapia, o estudo foi planejado no formato grupal a fim de contornar a oferta limitada de terapia individual e também de evitar custos semelhantes aos atendimentos individuais de TCC e, assim, maximizar a relação custo-efetividade da intervenção. Nesse sentido, Cramer et al. (2011) evitaram o uso de especialistas e buscaram fornecer um tratamento em grupo com condução de mão de obra leiga, por avaliar que esse formato apresentaria um custo relativamente baixo ao atingir um número maior de pessoas, e ainda contaria com a vantagem de promover a troca de apoio mútuo e de encorajar o desenvolvimento de bons comportamentos por imitação. Os autores também consideraram que a utilização de mão de obra leiga permitiria, futuramente, uma ampla reprodução desse formato de intervenção.

No recrutamento dos facilitadores, Cramer et al. (2011) exigiram pessoas sem experiência anterior em saúde mental, mas com alguma familiaridade com o contexto social referente às áreas que integrariam a intervenção. Contrariando as expectativas iniciais de que haveria pouca procura pelo cargo, 150 pessoas candidataram-se aos anúncios de jornal e ao “boca a boca”, sendo selecionadas dez mulheres sem treinamento prévio em TCC. Porém, a maioria tinha experiência em atividades de aconselhamento e algumas também possuíam experiência em trabalhos com grupos. Além de terem recebido um treinamento inicial de cinco dias, receberam supervisão regularmente e seu trabalho foi monitorado, como forma de garantir a fidelidade ao manual da intervenção e aos próprios princípios da TCC.

O conteúdo da intervenção foi construído com base em intervenções já realizadas anteriormente, como a de Araya et al. (2003), e foi disposto em um manual organizado em doze sessões, sendo dez encontros em semanas consecutivas e as últimas duas sessões dinamizadoras (*booster sessions*) oferecidas após um intervalo quinzenal, seguido de outro intervalo mensal. Em cada sessão eram abordados aspectos distintos, conforme o programa dos encontros a seguir: 1º) introdução e apresentação das regras do grupo; 2º) verificação dos níveis de atividade dos participantes; 3º) estímulo ao aumento dos níveis de atividade; 4º) captação de pensamentos negativos; 5º) equilíbrio dos pensamentos negativos; 6º)

---

<sup>4</sup> Nice - National Institute for Health and Clinical Excellence (Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica). Fundado em 1999, é um órgão especial do National Health Institute (Instituto Nacional de Saúde). Tem o objetivo de reduzir a discrepância existente na oferta e qualidade dos serviços oferecidos pelo National Health Institute e maximizar os investimentos no setor de saúde. Fornece diretrizes de saúde pública para toda a sociedade, tanto para o setor público, quanto para entidades privadas, comunitárias e voluntárias. Baseia-se em evidências para dirimir as dúvidas existentes sobre tratamentos e procedimentos em saúde. Divulga informações sobre prevenção de doenças, qualidade de vida e adoção de estilos de vida saudáveis. Disponível em: <http://www.nice.org.uk>, acesso em: 5/02/2012. (tradução nossa).

administração da ansiedade; 7º) relaxamento; 8º) novas maneiras de solucionar de problemas; 9º) integração e recuperação; 10º) elaboração de um plano pessoal; 11º) dinamização 1; 12º) dinamização 2 (CRAMER et al., 2011).

Foram montados quatro grupos de intervenção em dois locais diferentes e cada grupo foi conduzido por dois facilitadores. Foi permitido, tanto aos participantes do grupo controle, quanto aos do grupo de intervenção, continuarem ou começarem a tomar antidepressivos ou quaisquer outras medicações, caso prescritos pelo clínico de referência. Enquanto os integrantes do grupo de intervenção receberam o manual explicando o conteúdo das sessões, aqueles do grupo controle receberam um folheto contendo informações sobre os serviços de saúde mental da região, serviços de aconselhamento, serviços para minorias (negros e grupos étnicos) e agências de emprego, cujo intuito era estimular a continuidade dos participantes no tratamento (CRAMER et al., 2011).

O perfil dos participantes foi apenas de mulheres de 30 a 55 anos, com depressão clínica, desde que não apresentassem abuso de álcool ou outras substâncias, não estivessem em atendimento psiquiátrico especializado ou não falassem inglês. Em geral, moravam de aluguel em áreas mais carentes, tinham baixo nível educacional, havendo 1/3 divorciadas e 2/3 recebendo algum tipo de ajuda ou benefício social. A maioria tinha depressão moderada ou moderadamente severa, assim como sintomas moderadamente altos de ansiedade (CRAMER et al., 2011).

O recrutamento foi feito intensivamente em dois meses, a fim de evitar a perda de pacientes entre o recrutamento e o início dos grupos, e contou com algumas etapas: expressão da vontade de participar, explicações sobre a intervenção via telefone, consentimento informado, entrevista inicial e avaliação diagnóstica. Foi realizado por várias vias, tais como propaganda na comunidade, autorreferência, indicação dos clínicos e pesquisa nos prontuários clínicos da APS seguida por correspondência-convite, tendo esta última apresentado o melhor resultado. É interessante observar que a comunicação para o recrutamento não buscava pessoas com “depressão”, mas convidava pessoas que estivessem se sentindo estressadas ou incapazes para lidar com a vida em geral (CRAMER et al., 2011).

O questionário *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) foi a principal medida de acompanhamento dos índices de depressão dos participantes da intervenção, tendo sido usado na triagem inicial dos pacientes e considerando, primeiramente, o intervalo de pontuação entre 5 e 24, o qual, num segundo momento, foi rebaixado para 5 a 20. Mas vários outros instrumentos de avaliação foram também utilizados, tanto no início, quanto durante e após o acompanhamento do tratamento (CRAMER et al., 2011):

- b) avaliação de ansiedade: *Beck Anxiety Inventory*;
- c) avaliação do estado de saúde: itens sobre estado físico e mental do *Short Form-12 Questionnaire*;
- d) avaliação de pensamentos disfuncionais: versão abreviada do *Automatic Thoughts Questionnaire*;
- e) avaliação de suporte social: versão abreviada do *Medical Outcome Study Social Support Survey*;
- f) informações sobre consultas clínicas recentes;
- g) informações sobre dados demográficos, socioeconômicos e de renda, perfil étnico, condições de moradia, etc.

Além disso, Cramer et al. (2011) utilizaram métodos qualitativos para entender aspectos relacionados à aceitabilidade e à viabilidade do estudo. Além dos facilitadores e dos médicos de família (*general practitioner*), todos os participantes foram entrevistados, no início e aos três e seis meses, visando a entender a motivação para integrar o estudo, a definição pessoal sobre o que é considerado melhor, e a opinião sobre a vivência nos grupos. O principal motivo das mulheres para participar foi o desejo de receberem ajuda para mudar, manifestado através das seguintes falas: “desejo de seguir em frente”, “ter um desafio”, “tornar-se motivada”, “ser mais positiva”. Embora com menor incidência, os atrativos sociais oferecidos pelo fato do trabalho se dar em grupo também foram bem avaliados como forma de contrapor sentimentos de isolamento, e de obter mais suporte e a companhia de outros adultos. A preferência por uma assistência que não envolvesse medicação, e contar com uma abordagem alternativa ao aconselhamento, além de motivações altruístas, foram outros fatores citados para juntarem-se ao estudo.

Cramer et al. (2011, p. 6, tradução nossa) destacaram as seguintes falas:

Eu vi a divulgação, e porque eu sofro de estresse, e gostaria de encontrar maneiras de enfrentar isso, e, para falar a verdade, tenho inclinação para estar em grupos de mulheres, eu achei que, talvez, pudesse me beneficiar do suporte (paciente do grupo controle).

Eu realmente fico estressada... [a intervenção] soou como uma oportunidade para encontrar outras pessoas e discutir maneiras de lidar com o estresse, lidar com os pensamentos negativos... com os que eu gostaria de dizer a respeito do que se passa na minha cabeça a maior parte do tempo (paciente do grupo controle).

Por que, às vezes, eu sofro de uma depressão muito forte... basicamente, para ver se alguém sofre como eu ou serei eu a única? (paciente do grupo de intervenção).

Quanto aos resultados, das 86 pacientes consideradas elegíveis, 52 participaram da intervenção e 21 do grupo de controle. Apesar do treinamento limitado dos facilitadores, avaliou-se que a intervenção foi realizada fidedignamente ao manual e foi recebida favoravelmente, tanto por participantes, quanto por facilitadores, tendo havido bom índice de



comparecimento às sessões. Mais importante ainda, os resultados do acompanhamento aos três e aos seis meses foram bons, tanto para o grupo intervenção, quanto para o controle (CRAMER et al., 2011).

Esse estudo piloto mostrou que a realização de um ensaio clínico randomizado para avaliar o uso de TCC por mulheres com depressão é totalmente viável, além de comprovar a aceitabilidade desse tipo de intervenção. Isso indica que o modelo poderá vir a se mostrar efetivo num teste de maior amplitude e, por isso, recomenda-se uma análise mais completa sobre seu custo-efetividade. Mesmo tendo adotado amostras relativamente pequenas, as principais conclusões de Cramer et al. (2011) foram que, aparentemente, uma abordagem grupal pode produzir resultados pelo menos tão significativos quanto os de um tratamento individual e, portanto, haveria uma justificativa para a realização de uma pesquisa mais ampla e de maior custo, a fim de obter resultados estatisticamente mais confiáveis.

A disponibilização de intervenções baseadas em TCC parece estar se desdobrando do formato padrão e inspirando novos arranjos. Assim, além da disposição tradicional, em que a terapia é feita face-a-face na presença de terapeuta, identificamos estudos que testam arranjos diferenciados, tais como os formatos em que a intervenção inclui majoritariamente ações ou programas de autoajuda (*self help*) ou é mediada por sistemas automatizados via computador e/ou internet. Notamos, ainda, que o tratamento nessas duas novas disposições pode envolver, ou não, a participação pessoal de um terapeuta em algum momento ao longo da intervenção, de modo que o acompanhamento profissional pode ser feito parcial ou integralmente.

Experimentos incluindo arranjos diferenciados serão relatados mais detalhadamente em outras seções. Todavia, consideramos esclarecedor comentar a análise de Hoifodt et al. (2011), cuja metodologia envolveu uma revisão bibliográfica bastante seletiva. Segundo os autores, apesar de o acesso à TCC ainda ser limitado, devido à quantidade insuficiente de terapeutas treinados, tanto em unidades especializadas quanto primárias, eles conseguiram selecionar dezessete publicações que analisavam exclusivamente pesquisas sobre o uso da TCC no cuidado de depressão e ansiedade conduzido por terapeutas da APS, fossem médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou outros terapeutas, desde que não tivessem qualquer formação especializada em saúde mental. Estudos envolvendo terapeutas especializados em saúde mental foram devidamente excluídos.

Entre essas publicações, constavam oito artigos, dos quais seis eram ensaios clínicos controlados que tratavam de intervenções auxiliadas por sistemas computadorizados e/ou internet, cujos resultados sugeriram a efetividade da TCC no tratamento de depressão leve a moderada. Por outro lado, outros cinco estudos afirmavam que essa modalidade seria mais

efetiva do que o cuidado habitualmente oferecido apenas para quadros leves e moderados, mas não para condições severas. Para essas últimas, ainda se necessita de pesquisas adicionais. Os estudos demonstraram também que intervenções com ações automatizadas podem ser oferecidas como uma opção de tratamento para aqueles pacientes que preferem cuidados psicológicos à farmacoterapia (HOIFODT et al., 2011).

O resultado de quatro ensaios clínicos controlados sobre tratamentos breves associados ao uso de material escrito de autoajuda (*self help bibliotherapy*) demonstrou que, mesmo tendo sido efetivas, nenhuma das abordagens foi superior às outras, incluindo o cuidado usual, o que impede, por enquanto, conclusões definitivas sobre esse formato (HOIFODT et al., 2011).

A análise de outros cinco ensaios clínicos controlados sobre a condução de TCC feita face a face indicou que esse tratamento pode ser efetivo quando realizado por terapeutas com boa formação no campo da saúde mental. Contudo, julgou-se que essa forma de tratamento despende muito tempo e pode não ser viável para a maioria dos clínicos da APS “por causa do tempo e do engajamento necessários para aprender um novo tipo de abordagem, assim como para aplicar as novas habilidades ao trabalho clínico” (HOIFODT et al., 2011, p. 501).

Apesar de algumas divergências entre os resultados, decorrentes das diferenças metodológicas entre as pesquisas revisadas, os autores concluíram que o uso da TCC, especialmente em intervenções auxiliadas por computadores e/ou internet, é potencialmente mais efetivo do que o cuidado usual e poderia ser conduzido por terapeutas da APS com resultados positivos (HOIFODT et al., 2011).

### 2.1.1.3 Terapia de Solução de Problemas

Integrante do ramo das TCC, a TSP surgiu no Reino Unido proposta por D’Zurilla e Goldfried no início dos anos 70, e foi conceitualizada como treinamento de autocontrole, tendo sido desenvolvida a partir de situações de manejo de estresse, manejo de raiva, depressão e enfrentamento de câncer. O objetivo é treinar habilidades básicas de resolver problemas para serem posteriormente utilizadas no contexto de dificuldades reais, promovendo, assim, uma ampla mudança comportamental (KNAPP; BECK, 2008).

Gonçalves et al. (2012) destacam que essa metodologia de intervenção é a que acumula maior nível de evidência de efetividade para TMC, enquanto Chiaverini et al. (2011) relatam que vem sendo usada na APS, é bem aceita por profissionais, e já foi testada por médicos e enfermeiros. É usada para o manejo do estresse da vida cotidiana e busca atingir diretamente os fatores relacionados ao sofrimento psíquico. Não incorre em efeitos colaterais, sendo fácil de ser aplicada porque não associa a capacidade de resolução de problemas com o nível de inteligência do paciente, e devido à forte associação entre adoecimento mental e conflitos vividos pelos indivíduos que frequentam a APS.

Entre seus principais objetivos estão: ajudar o paciente a identificar os problemas ou conflitos como uma causa de sofrimento emocional, ensiná-lo a reconhecer os recursos que possui para resolver as suas dificuldades, aumentar a sua sensação de controle sobre as circunstâncias negativas e, por último, oferecer-lhe um método de apoio para lidar com sua problemática atual, ao qual possa recorrer para resolver problemas futuros (GARCÍA-CAMPAYO et al., 1999, tradução nossa).

No que se referem às indicações clínicas, os mesmos autores informam que a TSP está direcionada para as seguintes circunstâncias relacionadas aos TMC: perda real ou temida (propriedade, status, relacionamentos, etc.); adoecimento físico; dificuldades nas relações conjugais ou interpessoais; problemas nos estudos ou no trabalho e dificuldades de adaptação ao contexto da existência de um transtorno mental ou problema psicológico (GARCÍA-CAMPAYO et al., 1999; CHIAVERINI et al., 2011).

A TSP está estruturada em etapas, conforme apresentado no Quadro 2, que transcorrem ao longo de quatro a seis encontros, com 20 a 30 minutos de duração cada um, em formato individual ou em grupos. Chiaverini et al. (2011, p.70) comentam que essa metodologia é adequada para uso na APS porque:

na estrutura de trabalho da ESF, essa rotina tem excelente aplicabilidade em grupo, uma vez que há tempo específico para a prática na grade horária das equipes. O processo terapêutico, nesse caso, tem um ótimo impacto por permitir a troca de experiências, uma vez que muitas situações são comuns entre as pessoas. Dessa forma, fortalece-se uma rede social de apoio, tal como acontece também na terapia comunitária.

Na pesquisa bibliográfica realizada, foram encontrados estudos analisando a TSP para o cuidado de TMC, por exemplo, na APS na China e no Zimbábue.

Até o momento de sua pesquisa, Liu et al. (2007) dizem que não havia sido realizado nenhum estudo sobre cuidados de TMC na APS na China. Apesar de uma série de pesquisas em países ocidentais ter demonstrado que cuidados avançados no contexto da APS concorrem para melhores indicadores clínicos, é provável que as conclusões do Ocidente não sejam

generalizáveis para a Ásia, já que os sistemas de saúde e as culturas diferem substancialmente.

Logo, na ausência de investigações prévias na sociedade chinesa, e considerando índices de prevalência em torno de 30% detectados em pesquisas no cenário médico de Taiwan, além do fato de a maioria dos pacientes não receber o tratamento necessário, Liu et al. (2007) conduziram um ensaio clínico randomizado com o objetivo de examinar se modelos de atenção avançada podem gerar melhores resultados para pacientes com TMC tratados na APS de Taiwan. Compararam a eficácia de três intervenções: tratamento usual (TU), TSP associada a tratamento usual (TSP+TU), consulta psiquiátrica associada a tratamento usual (CP+TU).

Os participantes desse estudo foram recrutados entre pacientes detectados por médicos não psiquiatras e encaminhados para avaliação de TMC. Para serem incluídos no estudo, precisavam (1) apresentar pontuação de 12 ou mais pontos na versão chinesa do instrumento *Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R)*<sup>5</sup>; (2) ter idade de 18 a 70 anos; (c) aquiescer em participar; (d) assinar o termo de consentimento informado. Os critérios de exclusão incluíram sintomas ou distúrbios psicóticos, desordem bipolar, dependência de álcool ou outras substâncias, danos cerebrais orgânicos, grande risco de suicídio ou estar atualmente em tratamento com um psiquiatra. Em seguida, os participantes foram distribuídos aleatoriamente em três grupos correspondentes às três modalidades de intervenção.

Os participantes do grupo TU continuaram a ver seus médicos como de costume, sendo autorizados a procurar profissionais de saúde mental, caso eles ou seus médicos julgassem necessário. Aqueles selecionados para o grupo TSP+TU receberam até seis sessões de TSP, além do TU de seus clínicos de referência, e os pacientes do grupo CP+TU consultaram-se com um psiquiatra, que depois enviava para o clínico de referência de cada paciente um relatório com recomendações para o manejo do caso. Além disso, os psiquiatras assistiram os clínicos gerais (não psiquiatras) com a avaliação clínica, a prescrição de medicamentos e o acompanhamento do tratamento até a remissão ser alcançada.

Os terapeutas do grupo TSP+TU foram psicólogos, assistentes sociais psiquiátricos e uma enfermeira psiquiátrica do próprio serviço. Já haviam trabalhado em serviços psiquiátricos e completado um programa de treinamento de quatro dias em TSP antes do início do teste, além de ter participado de pelo menos um ano de supervisão contínua em

---

<sup>5</sup> Clinical Interview Schedule Revised (Entrevista Clínica Estruturada Revisada, tradução nossa). É um instrumento para avaliar TMC na comunidade e em serviços de APS baseado na CID-10 (KENDRICK ET AL., 2006).

grupo. Seis psiquiatras do quadro funcional do serviço, que receberam cerca de duas horas de instruções a respeito do estudo, participaram da intervenção do grupo CP+TU.

Avaliações ocorreram no início do estudo (Semana zero) e ao final da intervenção (Semana 16), utilizando-se, como medida de remissão, a obtenção, na avaliação final feita através do instrumento CIS-R, uma pontuação de 11 pontos ou menos. Em vez de fazer uma avaliação percentual, os pesquisadores optaram por adotar uma medida de pontos absoluta, a fim de evitar que qualquer paciente que ainda exibisse um grau elevado de sintomatologia fosse considerado tratado.

Com relação aos perfis dos participantes dos três grupos, não se registraram diferenças significativas em termos das características demográficas e clínicas, houve um predomínio acentuado de mulheres (80,7%), idade média de 43,7 e nível médio de escolaridade de 10,7 anos. Os diagnósticos mais detectados foram: depressão grave (53,1%), quadros mistos de ansiedade e depressão (26,8%), distúrbios de ansiedade (20,1%).

Dos 254 pacientes recrutados, 68 desistiram antes mesmo da primeira consulta do tratamento, significativamente em maior número no grupo TSP+TU do que nos outros dois grupos. Ao final do tratamento, 80 (38,8%) participantes tinham experimentado uma remissão, obtendo uma pontuação menor que 12 no instrumento CIS-R. As taxas de remissão não diferiram significativamente entre os três grupos de intervenção, correspondendo a: 40,9% para o TU, 46% para TSP+TU, e 31,2% para CP+TU.

Devido à semelhança nos resultados dos grupos, Liu et al. (2007) não encontraram vantagens importantes nos arranjos de cuidado empregando TSP+TU ou CP+TU quando comparados ao TU fornecido apenas pelo clínico geral, o que, na avaliação dos próprios pesquisadores, contrastou com investigações feitas em outros países.

Como possível razão para os resultados negativos, Liu et al. (2007) descartaram o desempenho dos terapeutas, visto que todos eram experientes e receberam treinamento apropriado para a realização da intervenção, e passaram a cogitar outras explicações. Em primeiro lugar, observaram que os modelos de intervenção testados envolviam a utilização de uma única intervenção de cuidado por vez, ao invés de intervenções escalonadas, como no caso do modelo dos cuidados colaborativos<sup>6</sup>. Então, consideraram que intervenções de

---

<sup>6</sup> **Cuidado colaborativo** é aquele em que o médico e/ou a equipe de saúde contam com o apoio e a orientação de um profissional de saúde mental. Este modelo pode contar também com a participação de mão de obra não qualificada em saúde mental, tal como um cuidador leigo, um morador da comunidade ou mesmo um agente voluntário (PATEL ET AL., 2010).

**Cuidado escalonado** é aquele em que a intensidade da intervenção é realizada de acordo com a severidade dos sintomas de saúde mental. Esse modelo permite potencializar a resposta clínica das opções terapêuticas disponíveis e otimizar o uso de recursos escassos (COULL; MORRIS, 2011; PATEL ET AL., 2010).

interconsulta e de terapia breve requerem um melhor suporte organizacional para serem eficazes.

Também avaliaram que a intensidade do contato com os clínicos de referência, correspondente à quantidade de consultas de acompanhamento durante o período do estudo, foi muito baixa em todos os três grupos de intervenção. Segundo os autores, estudos com resultados exitosos descreveram experiências de contato mais intenso, incluindo visitas periódicas, avaliações mais frequentes e esforços orquestrados para assegurar o acompanhamento clínico.

Além disso, aspectos culturais também foram considerados como um fator que pode ter impactado os resultados. No estudo em questão, a maior taxa de abandono de tratamento ocorreu no grupo TSP+TU, sugerindo talvez que esse tipo de abordagem possa atrair menos pacientes chineses do que clientela de outras nacionalidades do Ocidente. Os autores lembram que a TSP foi desenvolvida e validada para o tratamento de depressão na APS no Reino Unido, mas é possível que pacientes taiwaneses sintam-se estigmatizados pela ideia de ter um distúrbio mental, ou ainda que sejam menos inclinados a assumir um papel ativo em processos terapêuticos.

Ainda a título explicativo, a equipe de Liu et al. (2007) chegou a considerar a possibilidade de que os clínicos gerais de Taiwan já dominassem o manejo dos TMC para que as intervenções oferecessem algum benefício. No entanto, essa hipótese foi julgada improvável, pelo fato de que apenas um terço de todos os pacientes do estudo experimentou uma remissão de sintomas.

Embora esse estudo não tenha constituído uma boa avaliação sobre a aplicação de TSP ou CP na APS de Taiwan, Liu et al. (2007) ainda assim aceitam a possibilidade de que alguns métodos desenvolvidos no restante do mundo possam ser adaptados às configurações locais, desde que se evite, entretanto, fazer uma transposição direta e imediata. Todavia, por outro lado, esses autores também não se furtam à ideia de desenvolver intervenções terapêuticas completamente novas, que levem em conta certas especificidades de seu próprio contexto cultural na gestão da saúde mental.

No Zimbábue, a TSP também foi utilizada numa experiência piloto voltada para os cuidados primários de depressão e TMC em uma população com alta prevalência de pessoas com HIV. O objetivo da equipe de Chibanda et al. (2011) foi testar uma intervenção de baixo

---

Nesses modelos de organizar o cuidado, o tratamento é “multicomponente”, ou seja, conta com diversas ações que podem ser feitas simultaneamente de modo combinado ou serem executadas sequencialmente. Neste caso, para se realizar uma ação, considera-se o resultado da ação anterior.

custo, incluindo diversos componentes como a utilização de uma versão de TSP localmente adaptada e a execução por uma equipe de trabalhadoras leigas treinadas e supervisionadas, para avaliar se esse modelo terapêutico seria exequível e eficaz a ponto de ser implementado numa escala maior.

Inicialmente, os autores apontam que os transtornos mentais causam sofrimento considerável, deficiência e exclusão social na África, sendo raramente reconhecidos e tratados. No Zimbábue, casos de TMC com depressão associada à ansiedade são encontrados em mais de 25% dos usuários de serviços da APS ou de serviços obstétricos, e em até 30% das mulheres da comunidade.

Chibanda et al. (2011) descrevem que Mbare é um bairro de alta densidade ao sul de Harare, caracterizado pela diversidade étnica e pelo alto desemprego, com a maioria dos seus moradores vivendo na economia informal. A taxa de alfabetização é estimada em mais de 90%. Há três clínicas públicas de APS, onde o estudo foi realizado, que empregam quase que exclusivamente enfermeiros gerais, para uma população de aproximadamente duzentos mil habitantes.

Em 2005, como consequência de uma operação do governo em Mbare, muitas pessoas tornaram-se sem-teto ou perderam seus meios de subsistência. Essas circunstâncias foram percebidas pela comunidade de Mbare como um fator causador de alto desconforto emocional e os envolvidos identificaram a necessidade de fazer uma intervenção comunitária de saúde mental que não acarretasse nenhum custo extra para a unidade de APS, não incluísse o uso de suas dependências já superlotadas, e empregasse métodos já testados localmente.

Com base nesses requisitos, Chibanda et al. (2011) verificaram que uma intervenção usando TSP já havia sido realizada anteriormente, e sugeriram que fosse replicada por trabalhadoras leigas na área de saúde via "Bancos da Amizade" (*Chigaro Chekupanamazano*) dispostas nas próprias clínicas, e que um sistema de supervisão e cuidados escalonados fizesse parte desse programa de atenção.

Geralmente, os trabalhadores leigos são do sexo feminino, alfabetizados e tendo pelo menos o ensino primário, com idade média em torno de 58 anos e vivendo no local há pelo menos 15 anos. Seu papel principal é cuidar da saúde comunitária, o que inclui apoiar pessoas que vivem com HIV/AIDS e tuberculose, proporcionando suporte individual e familiar (prático, psicológico e espiritual) e incentivando o uso da medicação quando necessário. Também fazem atividades de vigilância e promoção de saúde em territórios adscritos, cobrindo cerca de 3.000 habitantes e reportando para as gerências de enfermagem e de meio-ambiente. Para participar do projeto, Chibanda et al. (2011) selecionaram dez trabalhadoras

leigas (Quadro 3) que divulgaram o projeto em reuniões com a comunidade e durante visitas às residências, igrejas, escolas e delegacias.

Os participantes foram indicados por funcionários da APS, pela comunidade e pelas próprias trabalhadoras leigas, ou podiam candidatar-se espontaneamente. Pessoas com tendências suicidas, histórico de lesões autoprovocadas deliberadamente e outros sintomas graves foram excluídas do programa e encaminhadas para um psiquiatra visitante. Foram selecionadas pessoas maiores de 18 anos, moradores de áreas geográficas cobertas pelas dez trabalhadoras leigas escolhidas e que apresentaram pontuação maior do que sete no Questionário de Sintomas de Shona (SSQ). O SSQ é um instrumento de rastreamento de TMC, desenvolvido e validado no Zimbábue via métodos transculturais, que contém quatorze itens de avaliação que integram indicadores de aflição emocional reconhecidos tanto localmente, quanto internacionalmente.

Uma equipe formada por psicólogos, enfermeiros e um psiquiatra adaptou materiais de treinamento sobre TSP para a condução de trabalhadoras leigas e enfermeiros da APS. Para o acompanhamento da intervenção, Chibanda et al. (2011) organizaram um grupo diário, conduzido por uma enfermeira treinada em técnicas de aconselhamento, para fornecer apoio e supervisão para as trabalhadoras leigas, com a complementação de supervisões quinzenais e mensais com o psicólogo clínico e o psiquiatra, respectivamente. Os autores também desenvolveram um pequeno questionário em escala *Likert* para que as trabalhadoras leigas avaliassem a intervenção TSP.

A decisão dos autores de usar a TSP foi ancorada em evidências anteriores de que TMC e *kufungisisa* (hábito local de pensar muito) foram associados com problemas sociais e de saúde cotidianos, e também por saber que a comunidade confia nas trabalhadoras de saúde para ajudar a resolver esse tipo de problema usando métodos culturalmente aceitos, o que por vezes inclui orações.

A intervenção consistiu de consultas individuais baseadas na metodologia da TSP e conduzidas por uma trabalhadora leiga. Os participantes eram encorajados a desenvolver atividades com o sentido de tornar a vida mais gratificante. De modo geral, durante as consultas, terapeuta e paciente sentavam-se em bancos especialmente feitos para o projeto por artesãos locais. Por isso, a intervenção foi denominada "Banco da Amizade" (*Chigaro Chakupana-mazano*).

O projeto também contou com visitas domiciliares feitas logo no início da intervenção, aproveitando a experiência prévia das trabalhadoras leigas nesse tipo de atividade. Essas visitas incluíam a prática de orações com o objetivo de consolar o paciente e sua família.



Chibanda et al. (2011) pontuam que o uso de orações em atividades da área de saúde é uma prática comum no Zimbábue.

Os pesquisadores contabilizaram que quase mil pessoas passaram pelo “Banco da Amizade”, das quais cerca de 42% (395) pontuaram acima da linha de corte no SSQ. Entre essas, 8% (33) foram excluídas do piloto por se apresentarem gravemente deprimidas e/ou suicidas, sendo encaminhadas para o psicólogo ou psiquiatra. Das 362 convidadas a participar do projeto, 2% declinaram, e 10% foram perdidas ao longo do acompanhamento, resultando numa taxa de resposta de 88% (320 participantes). Os principais motivos informados pelos participantes para visitar o “Banco da Amizade” estavam relacionadas com o HIV, queixas somáticas e violência doméstica.

A pontuação média no SSQ para os 320 casos foi de 11,3 antes do tratamento, baixando 4,8 pontos, e chegando a 6,5 pontos, após três a seis sessões de intervenção. Para aqueles que completaram três ou mais sessões, 66% se recuperaram, obtendo pontuação abaixo do nível de corte no SSQ no período entre seis a oito semanas. Quanto maior a frequência das sessões, maior a queda na pontuação SSQ, tendo sido observada uma queda de mais de três pontos entre aqueles que participaram de todas as seis sessões. Assim, quem frequentou um número maior de sessões se beneficiou mais, constatação que os autores consideraram importante para, em futuros trabalhos, estimular os índices de adesão à intervenção e o acompanhamento dos pacientes.

Este é o primeiro exemplo na África de profissionais de saúde executando uma intervenção em saúde mental de baixa intensidade, utilizando ferramentas adaptadas localmente para TMC na APS e, na análise dos pesquisadores, é viável realizar uma intervenção para TMC com trabalhadores leigos. O recrutamento através de indicações via APS ou entidades comunitárias, além da própria autoindicação, também se mostrou viável. Os resultados desse piloto comprovam, ainda, que a intervenção de TSP é eficaz na redução da morbidade psicológica, sendo a eficácia proporcional ao número de sessões frequentadas.

Os resultados quantitativos foram reiterados pela avaliação das trabalhadoras leigas, pois nove das dez trabalhadoras consideraram-se muito capazes de executar a intervenção de TSP, e, na análise de todas elas, pelo menos metade de seus pacientes beneficiou-se da TSP, enquanto entre sete a dez afirmaram que mais da metade de seus pacientes beneficiaram-se da intervenção.

Temas que emergiram durante os grupos de supervisão ratificam o argumento de que a implementação de uma intervenção através de um canal de saúde pública já existente e feita por pessoas maduras que ocupam uma posição de confiança na comunidade ajuda a explicar a

sua aparente eficácia. As trabalhadoras leigas, ou “vovós da saúde”, são vistas como sábias, confiáveis, respeitadas e não propensas a fofocas. Por já serem respeitadas em função de seu trabalho na saúde pública, a clientela informou que não se sentiu estigmatizada pelo projeto.

Tendo em vista que pouco mais da metade dos 320 participantes desse piloto apresentou algum problema relacionado com o HIV, os autores consideram ser importante, em futuros estudos, avaliar se o tratamento para a depressão pode ajudar a melhorar os resultados de saúde física daqueles que têm depressão e doença física coexistentes, através, por exemplo, do simples mecanismo de incentivar a adesão à medicação.

Chibanda et al. (2011) concluíram terem encontrado evidências preliminares de que trabalhadores leigos da APS podem oferecer TSP no Zimbábue, gerando uma redução significativa de sintomas de depressão e TMC, mas acreditam que ainda há necessidade de se realizarem ensaios clínicos randomizados para avaliar se um modelo de intervenção incluindo a delegação de tarefas de saúde mental é mais eficaz do que o cuidado usual.

A TSP também foi testada em um ensaio clínico randomizado inglês no qual foram comparados três tipos de tratamento: tratamento usual pelo clínico geral, tratamento usual provido por uma enfermeira psiquiátrica comunitária e tratamento feito por uma enfermeira psiquiátrica comunitária treinada em TSP (SIMONS et al., 2001).

A análise do custo-efetividade desse estudo feita por Kendrick et al. (2006) indicou que os clínicos gerais (*general practitioner*) não devem encaminhar indistintamente quaisquer pacientes para o atendimento especializado de uma enfermeira psiquiátrica comunitária, porque não foram contabilizadas diferenças significativas em termos de melhora dos pacientes ou de dias de absenteísmo entre os resultados dos três grupos de tratamento, nem depois de oito semanas, nem após 26 semanas da intervenção. Assim, é provável que muitos pacientes melhorem apenas com o tratamento usual do clínico geral por um período de oito semanas, e que um encaminhamento prematuro a especialistas não acarrete benefícios adicionais ao tratamento já habitualmente oferecido.

Além disso, a assistência psiquiátrica especializada implica em custos adicionais por cada paciente (£ 283 para a enfermeira psiquiátrica/paciente e £ 315 para a enfermeira psiquiátrica com treinamento em TSP/paciente), os quais chegaram a ser praticamente o dobro do valor do tratamento envolvendo apenas o clínico geral. Sendo assim, Kendrick et al. (2006, p.58, tradução nossa) afirmam que “as melhores práticas envolvem acompanhar o paciente de modo atento [*watchful waiting* nas palavras dos autores], em vez de encaminhá-lo para outras intervenções possivelmente prematuras e mais custosas”, e concluem que “o tratamento usando a TSP deve ser reservado àqueles pacientes com depressão no mínimo de grau

moderado e que não tenham respondido ao tratamento inicialmente oferecido pelo clínico geral da unidade da APS” (idem, p.59, tradução nossa).

#### 2.1.1.4 Terapia Comunitária

A Terapia Comunitária (TC) foi idealizada e sistematizada pelo psiquiatra, antropólogo e teólogo docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará (UFC) Adalberto Barreto, no Departamento de Saúde Comunitária da UFC. Surgiu em 1987, com o objetivo de ser uma técnica que atendesse às necessidades cotidianas dos profissionais da saúde pública no âmbito dos problemas enfrentados na comunidade de Pirambu, na cidade de Fortaleza (SILVA, 2010).

A partir das questões relatadas pelos profissionais que atuavam naquela comunidade, observou-se que, na maior parte dos casos, o que acometia população não eram patologias, mas sofrimentos associados à exclusão social, à migração, ao isolamento e a outros fatores. Barreto compreendeu que a medicalização não seria o tratamento para tais sofrimentos, eles deveriam ser acolhidos e tratados de modo mais abrangente, favorecendo o resgate da autoestima das pessoas (CAMARGO, 2005; ROCHA, et al., 2009).

Um contexto desagregador associado a condições socioeconômicas desfavorecidas resulta - para além da pobreza econômica - na pobreza do sentido de organização, dos laços socioculturais e da autoimagem, podendo culminar na perda da própria identidade. A dificuldade de acesso aos recursos institucionais, ou a insuficiência deles, agrava o sofrimento e o sentimento de abandono das populações economicamente marginalizadas (ANDRADE, 2009).

Partindo dessa realidade, ocorreu-lhe então a necessidade de fortalecer a rede social naquele grupo, composto, em sua maioria, por migrantes do interior do país que ali estavam desordenadamente agregados na periferia de uma grande cidade, desassistidos pelo Estado e em condições de miséria.

Assim, Barreto começou a esboçar um método próprio para seus atendimentos a essa população. O trabalho buscava a participação e a contribuição de todos os atores sociais (moradores da comunidade, estudantes e profissionais) envolvidos no grupo, e suas sugestões emergiram (CAMARGO, 2005, p. 28).

Nesse sentido, o desenvolvimento da TC buscou o resgate do potencial armazenado pela comunidade enquanto força motriz para a promoção de cidadania e dignidade da população. Dentre os objetivos da TC, destaca-se a promoção de autonomia e

corresponsabilidade; no intuito de contemplar tais objetivos, a técnica foi fortemente enraizada nas práticas de fortalecimento dos vínculos e das relações.

De acordo com Barreto (2008), a denominação da TC deriva da compreensão do termo terapia a partir de sua origem grega *therapeia*, representando o ato de acolher, acalantar, servir às necessidades do outro, e do entendimento do termo comunidade como um grupo de pessoas afins em busca de caminhos para a superação dos obstáculos da vida e alívio do sofrimento. A ação da comunidade emerge quando a família e as políticas sociais falham, restando ao coletivo a resolução das questões. Assim, a TC propõe-se a ser um instrumento de fortalecimento das relações sociais, em contrapartida ao individualismo predominante nas sociedades.

Em termos teóricos, a TC encontra-se ancorada em cinco pilares norteadores: Teoria Sistêmica, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Resiliência e Pedagogia de Paulo Freire (BARRETO, 2008).

O pensamento sistêmico originou-se nos anos 1950 com Von Bertalanffy no âmbito da biologia, e sua aplicação foi expandida para diversas áreas tais como a sociologia, a antropologia e a psicologia. A visão sistêmica preconiza a compreensão do indivíduo através de suas relações familiares e sociais, bem como de seus sistemas de crenças e valores. Dessa forma, as crises e os problemas só podem ser resolvidos através da percepção dos mesmos como partes integradoras de um sistema maior, de uma rede complexa de interatuação que abrange o biológico (corpo), o psicológico (mente) e a sociedade (relações sociais). A abordagem sistêmica põe em questão afirmações categóricas, universais e deterministas, uma vez que é essencialmente interativa e global. A contribuição dessa abordagem na realização das rodas de TC dá-se através da valorização dos contextos sociais e culturais, interligando-os à história de vida dos participantes das rodas de TC (BARRETO, 2008; SILVA, 2010).

A Teoria da Comunicação de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) enfatiza o papel da comunicação como elemento de integração das pessoas em um grupo social. Compreende todo comportamento, verbal ou não verbal, como forma de comunicação que permita ao indivíduo entender o mundo, relacionar-se com os demais indivíduos e transformar, tanto a si próprio, quanto a realidade que o cerca. Através dessa linha de pensamento, compreende-se, na TC, que todo sinal ou sintoma comunica e/ou esconde um conteúdo importante (BARRETO, 2008; MORAIS, 2010).

A Antropologia Cultural traz à tona a importância das diferentes culturas enquanto fator de referência para que as pessoas se aceitem, afirmem e assumam sua identidade individual e grupal. Na TC, a diversidade cultural é compreendida como propiciadora de

riqueza e conhecimento, na medida em que multiplica a capacidade das pessoas de encontrar soluções para os problemas (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010; SILVA, 2010).

Barreto (2008) afirma que a cultura pode ser comparada a uma teia invisível que tem por função integrar e unir as pessoas na busca de soluções para os sofrimentos cotidianos.

Se os elementos culturais que conferem identidade às pessoas e aos grupos forem destruídos, acontecerá o mesmo que aconteceria se se destruísse a teia que sustenta a aranha. Da mesma maneira que a aranha precisa de sua teia para se alimentar, se multiplicar e viver, as pessoas precisam do apoio e suporte de sua cultura, precisam se reconhecer nela, amá-la e defendê-la. Sem a teia que lhes dá suporte, elas não têm como viver (BARRETO, 2008, p. 243-244).

O autor ressalta ainda a importância do respeito à pluralidade cultural brasileira como fonte de diversidade na percepção da realidade e na busca por alternativas de cuidado. A TC parte do pressuposto de que não existe hierarquia de cultura e de que a diversidade é uma oportunidade de aprendizado mútuo.

A Pedagogia de Paulo Freire tem como pressuposto o entendimento de que cada indivíduo possui conhecimentos, experiências e conteúdos a serem trocados com os demais. A concepção da pedagogia freiriana de que ensinar é – para além de transferir conhecimento – exercitar o diálogo e a troca de experiências fundamenta a prática da TC, uma vez que as rodas de TC se propõem a serem espaços coletivos de aprendizagem mútua (BARRETO, 2008; FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010).

No campo das Ciências da Saúde, o conceito de resiliência refere-se à capacidade dos organismos de se recuperar a partir das adversidades enfrentadas. No âmbito da TC, a resiliência diz respeito à capacidade das pessoas, famílias e comunidades de superar os problemas contextuais, transformando-os em sabedoria para lidar com situações semelhantes. “É esse saber que tem permitido aos pobres e oprimidos sobreviverem através dos tempos. Eles dispõem de mecanismos próprios para superar as adversidades contextuais” (SILVA, 2010, p.27).

O estímulo à capacidade de resiliência apresenta-se nas rodas de TC através da valorização das experiências pessoais, reconhecimento das competências individuais e coletivas, transformação do trágico em lúdico, favorecimento da interação entre as pessoas e seu meio, encorajamento da capacidade de aprendizado pessoal e da transformação de perdas em competências (BARRETO, 2008; SILVA, 2010).

A TC é um modo de atuação no *locus* público, que é um espaço comunitário de partilha das experiências de vida e conhecimentos de forma circular e horizontal – não hierárquica. Nas histórias de vida reveladas nas rodas da TC, cada participante expõe-se como pessoa, reafirma sua identidade e torna-se terapeuta de si próprio. Nesse espaço, todos os

participantes são corresponsáveis pela busca da superação dos desafios diários (GONÇALVES et al., 2010; CAVALCANTE et al., 2011).

Barreto (2008) propõe grupos abertos a todos as pessoas, de todas as idades, que possam abarcar todas as questões, não só as emocionais, mas também as somáticas e patológicas. Não existem restrições em relação à familiaridade ou proximidade relacional entre as pessoas que participam da roda de TC, podendo numa mesma roda estarem presentes familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, etc.

A TC configura-se como uma prática de efeito terapêutico. É considerada uma tecnologia leve de cuidado terapêutico grupal para uso no âmbito da atenção primária em saúde mental, cujas principais metas são a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento, a mediação de crises e a inserção social. Dessa forma, diagnósticos e definições de problemas não constituem o foco da TC. O foco é o sofrimento humano em todas as suas formas (BARRETO, 2008; ANDRADE, 2009; SOBREIRA, 2009; ANDRADE et al., 2010).

Dentre as experiências voltadas à saúde mental na atenção básica, a Terapia Comunitária desponta em cenário nacional como uma tecnologia de cuidado de amplo alcance e baixo custo operacional, que pode ser adotada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF's) no dia a dia das unidades de saúde e na comunidade para construir redes sociais solidárias, minimizando o sofrimento emocional da população advindo de problemas relacionados com a pobreza, migração, abandono, insegurança e baixa estima (MORAIS, 2010, p. 21).

A TC é operacionalizada através de encontros realizados nas comunidades ou em outros locais previamente acordados. De modo geral, os grupos são semanais, podendo ter periodicidade diferente de acordo com o que for pré-estabelecido. A duração média dos encontros é de duas horas. É um espaço democrático onde não há exigências de pontualidade ou assiduidade (SILVA, 2010).

A roda de TC compreende seis etapas (Quadro 4):

1a.) Acolhimento: tem a finalidade de ambientar o grupo (acomodando a todos de modo confortável e realizando vivências de integração), definir os objetivos da TC, celebrar a vida (canta-se parabéns aos aniversariantes presentes ou não), celebrar as conquistas individuais e coletivas. Nessa etapa, também são apresentadas as cinco regras da TC: a) fazer silêncio enquanto o outro fala; b) falar sempre na primeira pessoa do singular (EU), relatando as próprias experiências de vida e as soluções encontradas a partir das mesmas; c) não fazer discursos ou sermões, evitar dar conselhos; d) entre as falas, os participantes podem cantar músicas, contar piadas, citar provérbios ou poesias pertinentes ao tema que está sendo discutido; e) a última regra preconiza que, sendo a TC um espaço de escuta, deve-se respeitar a história de cada pessoa. Calcula-se uma duração média em torno de sete minutos;

2a.) Escolha do Tema: momento aberto aos participantes para apresentarem sucintamente os problemas ou preocupações. Usualmente, o terapeuta estimula os participantes citando a frase “Quando a boca cala, os órgãos falam, mas, quando a boca fala, os órgãos saram”. Finda a apresentação dos temas, o espaço é aberto para que as pessoas digam com quais temas mais se identificaram, explicando o seu motivo para tal. Em seguida, cada um vota no tema sobre o qual gostaria que se falasse mais extensamente durante aquele encontro. É realizada a contagem dos votos, sendo escolhido somente um tema. Estima-se uma duração média de dez minutos;

3a.) Contextualização: a pessoa cujo tema foi o escolhido para ser abordado naquele encontro explica mais detalhadamente seu problema, e todos podem fazer perguntas com a finalidade de compreender melhor a questão. O terapeuta extrai desse momento uma pergunta chave, intitulada Mote, que será respondida pelos demais participantes ao falar de suas experiências pessoais. A duração aproximada é de quinze minutos;

4a.) Problematização: apresentação do Mote. O Mote pode ser uma pergunta curinga (Ex. “Quem já se viu em um problema semelhante e como fez para solucioná-lo?”) ou uma pergunta simbólica (Ex. “Quem já se sentiu abandonado e como lidou com esse sentimento?”). O Mote incentiva a reflexão do grupo, envolvendo-o com o problema e motivando a construção de uma rede de alternativas e soluções. Duração média de quarenta e cinco minutos;

5a.) Rituais de Agregação e Conotação Positiva: expressão, por parte de todos os participantes, incluindo os terapeutas, das coisas boas que mais os tocaram durante o encontro. Na finalização, o grupo pode cantar uma música ou realizar outro rito coletivo;

6a.) Avaliação: ao final de cada encontro, os terapeutas avaliam a condução da roda de TC e dizem como foram pessoalmente impactados. (BARRETO, 2008; ANDRADE et al., 2010; GONÇALVES et al., 2010; MORAIS, 2010; SILVA, 2010; CAVALCANTE ET AL, 2011; CORDEIRO et al., 2011).

No âmbito do projeto *Práticas de cuidado na rede formal e informal de saúde* executado em municípios da Paraíba e do Rio Grande do Norte desde o ano de 2008, Ferreira Filha et al. (2009) empenharam-se no estudo das contribuições da TC ao cuidado com mulheres usuárias dos serviços da ESF no município de Vila Flor/RN. Foi realizada uma pesquisa exploratória na qual os pesquisadores buscaram maior conhecimento de um fenômeno pouco estudado à época, tendo sido necessário sedimentá-lo com maior aprofundamento teórico. O estudo teve início com a implantação da TC na ESF do município de Vila Flor em janeiro de 2008 e ocorreu nos cinco meses subsequentes. Foi realizado com

13 mulheres participantes de 8 sessões semanais de TC realizadas no Clube Municipal de Vila Flor no referido período. As sessões contavam com uma participação média de 18 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino. No período de maio a agosto de 2008, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as participantes do estudo, compondo o material empírico. A análise desse material foi feita através da técnica de análise do discurso. Os pesquisadores extraíram do material empírico os temas que compuseram a categoria temática *A Terapia Comunitária como lugar de expressão da subjetividade*. Dessa categoria, partiram os eixos temáticos *alívio do sofrimento*, *valorização pessoal* e *fortalecimento de vínculos de solidariedade* apresentados e discutidos com base na literatura.

A categoria *Terapia Comunitária como lugar de expressão da subjetividade* compreende a TC como lugar de partilha das experiências “onde momentos marcados pela subjetividade passam a compor o cenário dos usuários que procuram no serviço de atenção básica a melhora de seu sofrimento mental” (FERREIRA FILHA et al., 2009, p. 967). Os autores adotam o conceito de subjetividade pensado através de uma visão histórica, política e social, definindo-a como a compreensão das formas pelas quais as pessoas buscam agir no mundo. Dessa forma, a subjetividade é fortalecida diariamente pelos sentimentos, pensamentos e significados que cada pessoa atribui aos eventos da vida.

O eixo temático *alívio do sofrimento* compreende o sofrimento como condição inerente à vida humana que favorece o autoconhecimento. Os autores relatam que, na análise do material, observou-se que as mulheres que compartilharam seus sofrimentos nas rodas de TC receberam apoio grupal que resultou em alívio do sofrimento. Ferreira Filha et al. afirmam que os encontros da TC proporcionaram às participantes o resgate da resiliência, empoderamento, autonomia e aumento da autoestima. De acordo com os pesquisadores, o estudo comprovou, ainda, que a TC contribuiu para inclusão social das participantes, uma vez que elas relataram mudanças de comportamento em seus relacionamentos interpessoais.

O eixo temático *valorização pessoal* refere-se ao indivíduo como parte pertencente ao grupo social no que tange à aceitação das diferenças individuais, à valorização de cada pessoa e ao aprendizado resultante do convívio com a diversidade. Os resultados do estudo apontam que, através da TC, as participantes sentiram-se valorizadas enquanto indivíduos e se propuseram, ainda, a contribuir para o desenvolvimento e o alívio do sofrimento dos demais participantes, o que nos leva a concluir que a TC favorece a construção de redes de apoio.

O eixo temático *fortalecimento de vínculos de solidariedade* enfatiza a importância da identidade grupal como atributo terapêutico que favorece o desenvolvimento de novos vínculos. Os pesquisadores afirmam que a análise do material empírico comprovou que a TC



promoveu transformações que fortaleceram e renovaram os vínculos promotores de saúde entre as participantes, e destas em outros espaços, tais como o familiar, o do lazer, o espiritual.

Com base em todo o exposto, Ferreira Filha et al. (2009) compreendem que a TC insere-se na atenção básica como uma tecnologia de cuidado que previne o sofrimento emocional, gerando e implementando ações de promoção de saúde. Os pesquisadores enfatizam que, ao instigar a criação de uma rede de apoio social, a TC pode ser entendida como uma estratégia de inserção social e de reabilitação.

No ano de 2010, Ferreira Filha publicou outro estudo sobre a TC. Desta vez em parceria com Carvalho, ela desenvolveu estudo empírico de abordagem qualitativa com 22 participantes da TC no Centro de Atenção Psicossocial tipo III do SUS da Secretaria Municipal em João Pessoa/PB. Foi analisada a contribuição da TC na inclusão social dos usuários do referido sistema de saúde, bem como os principais problemas que afetam os usuários e seus familiares. A amostra abrangeu pessoas com idade entre 19 e 60 anos, de ambos os sexos, sendo composta por 14 usuários do CAPS e oito familiares de usuários que participaram semanalmente das rodas de TC realizadas no CAPS estudado.

O material empírico resultou de 12 encontros da TC nos quais foram utilizadas a entrevista semiestruturada e as fichas de avaliação da TC. Os dados foram analisados através da técnica de análise interpretativa das falas dos participantes e dos registros efetuados pelos pesquisadores. Os resultados apresentados revelam que a participação dos usuários contribuiu para a inclusão social dos mesmos, como observado no relato da usuária: “Eu já sofri muito na minha vida e depois que eu fiquei doente eu não tenho mais ninguém. Eu gosto de vir pra cá porque aqui eu tenho amigos” (FERREIRA FILHA et al., 2010, p. 23).

De acordo com os pesquisadores, a TC favoreceu os processos de reabilitação e recuperação através da melhora da qualidade de vida associada ao acolhimento do grupo e à expressão das angústias. Tais constatações também podem ser visualizadas nos seguintes relatos das usuárias:

Aqui eu me sinto importante, porque as pessoas me escutam e me respeitam quando eu tenho uma coisa pra falar (Usuária 1);

Depois que eu comecei a vir pra terapia eu fiquei mais paciente com meu marido. Eu parei de bater nele porque eu aprendi a escutar as pessoas melhor (Usuária 8);

A terapia me ajudou porque a médica diminuiu até meus remédios e eu tenho mais paz (Usuária 6) (FERREIRA FILHA et al., 2010, p.237-238).

Os autores afirmam, ainda, que a TC possibilitou “minimizar sentimentos negativos que interferem diretamente no processo de recuperação e reabilitação dos usuários. Tudo isso

denota os benefícios advindos da terapia, permitindo concluir que a TC exerce uma importante influência na vida de seus participantes” (FERREIRA FILHA et al., 2010, p.238).

Sobreira (2009) estudou as repercussões da TC no processo de trabalho na ESF do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa/PB, a partir de pesquisa realizada com terapeutas comunitários. À época, o referido distrito contava com 11 terapeutas comunitários atuantes nas equipes de saúde da família, dos quais sete participaram do estudo, correspondendo a 67,6% dos terapeutas. No que concerne à experiência técnica da amostra e ao trabalho por esta realizado, Sobreira (2009, p. 70) afirma que:

Dos terapeutas estudados, a maioria (71%) realiza as rodas de TC há pelo menos 2 anos, desenvolvendo-as quinzenalmente (57%) ou semanalmente (43%). Os encontros, em sua maioria, têm acontecido nas Unidades de Saúde da Família (50%). Contudo, em alguns territórios, a TC utiliza outros equipamentos sociais, tais como: centros comunitários, associações de moradores, centros de cidadania (25%) e templos religiosos (25%).

O material empírico da pesquisa foi obtido com base em duas reuniões de TC temática. A TC temática é uma variação da TC convencional na qual são priorizadas três das cinco etapas: acolhimento, problematização e ritual de agregação.

Os dados foram analisados pela técnica de análise do discurso. Os resultados foram apresentados pelo autor em três eixos temáticos: *características dos sujeitos produtores de sentido e significados* (relativo às características dos participantes da pesquisa); *Representações Sociais do Terapeuta Comunitário* (aborda as representações sociais da TC para os terapeutas que participaram do estudo) e *Repercussões da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família* (discute as mudanças da ESF de acordo com as percepções dos participantes da pesquisa). Os resultados específicos de cada eixo temático, embora muito ricos e minuciosos, não serão aqui apresentados, tendo em vista o foco do presente estudo.

Dentre os resultados gerais apresentados por Sobreira (2009), cumpre destacar a constatação de que as mudanças acarretadas pela realização das rodas de TC na ESF refletem-se na atitude dos profissionais da saúde. Destacam-se a postura mais acolhedora por parte dos profissionais e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários dos serviços da ESF. No que concerne à relação entre os membros da equipe, não foram observadas mudanças significativas, o que a autora acredita ser resultante da pouca adesão das equipes à TC.

Silva (2010) investigou a utilização da TC no tratamento da depressão na ESF no município de Petrópolis/RJ. A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2000 na USF do bairro Meio da Serra, por indicação da Coordenação da ESF. A referida Coordenação apontou para uma parcela significativa de pessoas em sofrimento psíquico naquele bairro, sendo reportadas diversas queixas de depressão. A unidade não dispunha, à época, de nenhum atendimento em grupo para essas pessoas. Participaram da pesquisa 20 sujeitos do sexo feminino (embora a

proposta tenha sido apresentada a pessoas com sintomas de depressão de ambos os sexos, a adesão foi apenas de mulheres), entre 15 e 75 anos, com sintomas ou ocorrência de depressão.

O estudo adotou metodologia qualitativa. No entanto, foram utilizados procedimentos quantitativos na aplicação do questionário de classificação da depressão. Os resultados foram analisados através do método de análise do conteúdo. Com base na análise dos dados, a autora afirma que os participantes perceberam a TC como uma experiência positiva, que contribui para a saúde emocional e gera bem-estar e socialização. De acordo com Silva (2010, p. 77):

Estes dados corroboram a afirmação de que a Terapia Comunitária influencia diretamente as relações interpessoais, familiares e sociais. Através das rodas, algumas participantes adquiriram empoderamento e fortalecimento dos vínculos, conforme relatos:

[...] Agora sei que não preciso me quebrar toda, brigar com todos, principalmente com meu marido. Aqui aprendi que posso falar. (Begônia)

[...] Não tinha coragem de falar sobre a frustração do meu casamento. Tinha vergonha do meu fracasso. Mas sei que a culpa não é só minha. Sei que tem solução para tudo na vida... E agora vou lutar pela minha vida. (Acácia).

As rodas de TC foram referidas pelos usuários como um espaço de alívio do sofrimento psíquico e ressignificação das necessidades. A pesquisadora destaca também que as redes sociais expandiram-se para além das rodas de TC, pois as participantes criaram um grupo de trabalhos artísticos e, ao final da pesquisa, estavam se organizando para iniciar a fabricação de sabonetes artesanais.

No que se refere às limitações da TC, analisando criticamente a questão da horizontalidade das relações entre os participantes, incluindo-se os terapeutas, Camargo (2005) avalia que a horizontalidade é um objetivo difícil de ser alcançado na prática, uma vez que somos produto de um meio social que aloca os indivíduos em posições que determinam o valor e a dimensão da importância do discurso proferido por aquele que as ocupa.

Vale também enfatizar que esta é uma condição pretendida pela referida prática e que, eventualmente, pode não ser alcançada, considerando-se que somos sujeitos, dito por alguns historiadores, pós-modernos e temos nossas subjetividades constituídas ao redor de relações hierárquicas, por vezes mantidas pela tradição, outras vezes em função das distinções sociais possibilitadas pela posse de diferentes saberes veiculados através do discurso (IDEM, p.106).

Ele defende que o terapeuta comunitário comparece frente ao grupo como portador de um conhecimento que os demais participantes não possuem, ocupando o lugar de especialista. Assim, a busca por horizontalidade na TC pode representar um exercício ideológico. Uma ideologia criticando outra ideologia, numa relação verticalizada que não exerce qualquer efeito prático ao impasse imposto pela desigualdade das relações.

Já Sobreira (2009) enfatiza que o desempenho do terapeuta comunitário encontra-se mais atrelado à sua capacidade de autoconhecimento do que ao conhecimento científico, técnico e tecnológico adquirido. A TC como uma tecnologia leve de cuidado privilegia o trabalho vivo e as relações sociais e, por isso, entra em atrito com a formação dos

profissionais da saúde, que historicamente enfatiza as tecnologias duras e leve-duras. A autora ressalta que romper com essa lógica e mudar os valores dos profissionais da saúde exige investimentos numa mudança de paradigma e deve ser compreendido como algo processual.

Quanto às potencialidades, Gonçalves et al. (2010) apontam que um aspecto muito favorável da TC refere-se à flexibilidade de sua operacionalização, pois os encontros podem ocorrer em qualquer espaço físico com o mínimo de estrutura para que as pessoas se acomodem em grupo, e pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, líder comunitário ou outra pessoa capacitada, desde que tenha formação em TC.

Os autores prosseguem, explicando que a TC promove a mudança do enfoque unitário para o enfoque comunitário, transpondo a relação de dependência e caminhando no sentido da autonomia e da corresponsabilidade dos indivíduos através da transformação da verticalidade em horizontalidade no processo terapêutico. A TC, portanto, “vai além da carência, ressaltando a competência; assim, da verticalidade para a horizontalidade, rompe com o clientelismo, caminhando para a cidadania, e rompe com o modelo que concentra a informação, para fazê-la circular” (GONÇALVES et al., 2010, p. 26-27).

Para Sobreira (2009), a TC insere-se como uma tecnologia de cuidado de baixo custo que propicia a construção de vínculos através do trabalho de grupo, repercutindo em prevenção do sofrimento emocional e promoção de saúde mental. Para o pesquisador, a TC favorece e oferece estratégias de reabilitação e inclusão social através da rede de apoio psicossocial resultante do trabalho com os grupos.

[A TC] pode contribuir com a reorganização da rede de cuidados em saúde mental, em consonância com o novo modelo de atenção à saúde mental defendido pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que a TC se configura como uma nova oferta de cuidado que proporciona construção de vínculos entre profissional e usuário, construção de redes sociais solidárias na comunidade, através do espaço de partilha de sofrimentos e alegrias entre os diferentes sujeitos (SOBREIRA, 2009, p. 114).

Analisando a realização da TC com idosos no contexto das ESF em João Pessoa/PB, Rocha et al. (2009) referem-se à TC como uma tecnologia de escuta e acolhimento que não acarreta maiores custos para os gestores, e que, através dos encontros, possibilita aos profissionais envolvidos na promoção de saúde mental uma melhor compreensão das dificuldades e preocupações da comunidade. Essa compreensão mais ampla permite o direcionamento das condutas terapêuticas por parte dos próprios profissionais da saúde, oferecendo melhoria na qualidade de vida dos idosos.

De acordo com Barreto (2008), a TC promove nos participantes pensamentos positivos a respeito de si mesmos e de suas relações com o mundo. Tais pensamentos positivos revitalizam a capacidade das pessoas de mobilizar as energias vitais em prol de uma

transformação integral (mental, física, emocional, social e espiritual). Ao avançar de um modelo centrado na patologia para um modelo de promoção da saúde, da inclusão social e das redes de solidariedade, a TC favorece não só o crescimento individual, mas o das pessoas em torno, nutrindo ao mesmo tempo a autonomia e a corresponsabilidade.

### 2.1.2 Intervenções grupais

Além dos grupos de TIP em Uganda (BASS et al., 2006) e TCC na Inglaterra (CRAMER et al., 2011), e das diversas experiências coletivas com Terapia Comunitária descritas nas seções anteriores, encontramos na literatura brasileira alguns artigos relatando que o atendimento em grupo tem sido adotado na prática diária da APS.

Embora grande parte dos grupos organizados na ESF não tenha tido, em sua origem, um propósito terapêutico específico em saúde mental, observam-se impactos neste campo. Gonçalves et al. (2011) explicam que, inicialmente, os grupos foram concebidos como uma estratégia para atuação educativa de saúde, com o objetivo de promover novos hábitos e atividades e de modificar estilos de vida e formas de relacionamento interpessoal. Entretanto, na prática, muitos desses grupos consolidaram-se como intervenções psicossociais ao se tornarem fonte de apoio e de suporte. Por isso, os grupos inserem-se na ESF como uma eficaz estratégia terapêutica para fins de promoção de saúde e de prevenção do adoecimento.

Os atendimentos em grupos destacam-se na atenção primária e secundária como um dos mais importantes recursos terapêuticos, particularmente no que tange às políticas de assistência aos portadores de transtorno mental substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, porque essa modalidade terapêutica visa à estruturação de uma rede social de apoio, ao empoderamento, ao aumento da autonomia e da participação (GONÇALVES et al., 2011). “Atividades grupais de diversas orientações, independentemente de se realizarem geograficamente dentro ou fora do espaço dos serviços de saúde, potencializam recursos e contextualizam o serviço” (SAVI; VALLA, 2010, p.384).

O potencial terapêutico dos grupos assume importância ao possibilitar o desenvolvimento psicológico das pessoas através das trocas interativas (SOUSA; PINTO; JORGE, 2010). Partilhar as experiências de vida estrutura o indivíduo e favorece o crescimento. O trabalho realizado através dos grupos promove transformações do indivíduo

em relação a si próprio e ao mundo. As experiências de solidariedade e de consideração que os grupos possibilitam ajudam as pessoas a reconstruírem suas trajetórias, muitas vezes interrompidas pelas necessidades cotidianas, que consomem energias na busca de estratégias de sobrevivência emocional e física (VICTOR et al., 2007; GODOY; MUNARI, 2006). “Pertencer a um grupo significa o enraizamento do indivíduo no cotidiano do outro e também o reconhecimento de sua própria existência. Afinal, precisamos do olhar do outro para nos percebermos e isso implica convivência” (SAVI; VALLA, 2010, p.383).

Silva et al. (2010, p. 145) compreendem o grupo no contexto da atenção à saúde como:

(...) um *locus* que articula as várias dimensões da vida humana: social, porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas (sujeitos históricos) que constroem comunidades e estas, por sua vez, constroem os sujeitos; subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio-histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e, a biológica, que sintetiza, no processo saúde-doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um, na forma como interage com o meio interno, o físico e o psíquico, e o externo.

Ao articularem amplamente as dimensões subjetiva e biológica, os autores concluem que os grupos no campo de educação em saúde configuram um espaço potencial e particularmente privilegiado no que tange ao empoderamento coletivo e individual.

Oliveira e Munari (2009, p. 559) apontam que:

No âmbito da saúde coletiva, as atividades grupais fazem parte do conjunto de ações dentro dos programas de atenção, incluindo aqueles direcionados às pessoas com doenças crônicas. Como exemplo, pode-se citar a iniciativa do Ministério da Saúde na implementação do Plano de Reorganização na Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que inclui atividades grupais como estratégia de intervenção.

De acordo com Godoy e Munari (2006, p. 157), “o termo grupo designa o conjunto de pessoas reunidas num mesmo lugar, que apresentam o mesmo comportamento e a mesma atitude, e com um objetivo comum que condiciona a coesão de seus membros”. Porém, os autores ressaltam que a existência de um grupo está condicionada à interação entre os membros do grupo. Isto é, um grupo se consolida a partir da vivência coletiva de emoções suficientemente intensas para criar uma unidade grupal.

No campo de saber da psicologia, diversas teorias fundamentam as abordagens de grupo ou grupoterapias. Entre elas, destacam-se os estudos psicanalíticos de Freud e Bion, os grupos operativos de Pichon Rivière, a abordagem sociológica de Kurt Lewin e o psicodrama proposto por Moreno (TEIXEIRA, 2002). Contudo, uma vez que o foco da utilização de intervenções grupais pelas equipes da ESF recai sobre as funções de prevenção e promoção de saúde, optamos por concentrar esta exposição sobre os grupos operativos e sobre os grupos de adesão. Estes últimos se inserem no contexto da saúde coletiva como uma prática que associa

características dos grupos operativos (por serem focados na tarefa) e dos grupos terapêuticos (por promoverem o cuidado proveniente da autoajuda).

Em função de seus objetivos, os Grupos podem ser classificados como terapêuticos ou operativos. Os grupos terapêuticos podem ser classificados em grupos de autoajuda, frequentemente utilizados na área médica como um todo, e em grupos psicoterapêuticos ou psiquiátricos, que têm por finalidade a aquisição de *insights*. Os grupos operativos, por sua vez, têm foco na tarefa e trabalham na dialética do ensinar-aprender. Isto é, através da interação, as pessoas ensinam, sendo sujeitos do saber, ao mesmo tempo em que aprendem (TEIXEIRA, 2002; GODOY; MUNARI, 2006).

Os grupos operativos foram sistematizados pelo psiquiatra e psicanalista Enrique Pichon-Rivière a partir de 1946, época em que era diretor do Serviço de Adolescentes do Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres, na cidade de Buenos Aires, na Argentina. Em função da falta de funcionários no local, Pichon-Rivière viu-se diante da súbita necessidade de formar, com um grupo de pacientes, uma equipe de enfermeiros para auxiliar no Serviço (EIRAS, 2006).

Assim nasciam os grupos operativos, habilitando pacientes para operarem a função de enfermeiros. Descobriu-se o benefício terapêutico proveniente dessa própria aprendizagem dos pacientes, entendendo que não há distinção clara entre grupo terapêutico e grupo de aprendizagem (ALVEZ; CUNHA, 2010, p. 03).

O grupo operativo constitui-se como um instrumento de trabalho e um método de investigação. Além disso, tem uma função terapêutica, na medida em que se encontra explicitamente centrado na tarefa que pode envolver quatro campos: ensino-aprendizagem, institucional, comunitário e terapêutico (TEIXEIRA, 2002).

Cada um desses campos possui características particulares. Assim, um grupo operativo realizado no campo do ensino-aprendizagem compreende a reflexão sobre os temas e a discussão das questões como a tarefa essencial, sendo exemplos dessa modalidade de intervenção os grupos hospitalares criados para discussão e melhoria qualitativa da relação médico-paciente, denominados “Grupos Balint”, e os grupos de reflexão. Já o campo institucional abrange os grupos formados em instituições com o objetivo de realizar reuniões que promovam debates sobre questões de interesse comum nesse mesmo cenário, como os grupos realizados em igrejas, escolas e sindicatos (TEIXEIRA, 2002).

No campo comunitário, frequentemente ocorrem programas de promoção de saúde mental em que são reunidos grupos, tais como grupos de crianças ou de gestantes, nos quais a tarefa de integração e incentivo é desenvolvida por profissionais não médicos treinados. Os grupos no campo terapêutico, por sua vez, objetivam promover a melhoria das condições

física e psicologicamente patológicas dos indivíduos, sendo exemplos os grupos de ajuda mútua, assim como os Alcoólicos Anônimos. Ainda mais especificamente dentro desse campo, os grupos psicoterapêuticos são aqueles que se destinam, prioritariamente, à obtenção de *insights* a respeito de aspectos inconscientes por parte dos participantes e do grupo como um todo. A psicoterapia psicanalítica de grupo é um exemplar dessa modalidade de tratamento (TEIXEIRA, 2002).

A pluralidade dos grupos operativos remete à multiplicidade de seus objetivos, conforme se pode depreender da afirmação de Victor et al. (2007, p. 725):

[O grupo operativo] tem como objetivo a promoção da saúde e visa a proporcionar aos participantes bem-estar e aprendizagem em termos de resolução das dificuldades e problemas, além de encorajar a ajuda recíproca, em que cada um cuida de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente, através de atividades físicas, recreativas, interativas e sociais.

“É importante destacar, ainda, que tanto o grupo operativo pode propiciar um benefício psicoterápico, quanto os grupos psicoterápicos se utilizam do enfoque dos grupos operativos” (TEIXEIRA, 2002, p.48). Tal constatação tem por base o fato de que, embora os grupos de ensino não sejam diretamente terapêuticos, a tarefa de aprendizagem é implicitamente terapêutica. Refletir é desfazer-se do próprio referencial de segurança e lançar-se ao mundo das possibilidades. Dessa forma, nos grupos operativos:

O grupo é o agente da cura e a tarefa constitui um organizador dos processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo. Através da participação em grupo, o sujeito pode, pela troca de vivências, aprender com as experiências mútuas, repensar sua forma de agir frente à doença e, conseqüentemente, vir a mudar seus hábitos (SANTOS; ANDRADE, 2003, p. 16).

Nos grupos de adesão, vigora uma atmosfera de cuidado e conscientização que tem por base a concepção da atenção como fonte de cidadania e de solidariedade. Essa concepção, por sua vez, é atravessada por diversos conceitos relacionados à dinâmica dos grupos operativos de Pichon-Rivière, ao processo de ensino-aprendizagem proposto por Paulo Freire, à ótica de José Bleger no que tange ao ensinar e aprender, e à visão integral do homem como ser biopsicossocial que se constrói através da interação de suas diversas dimensões, bem como das relações com o meio com o qual interage (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Recorrendo ao dicionário Aurélio para esclarecer o significado de “adesão”, Adão e Merighi (2001, p. 01) dizem:

Adesão significa: ato de tornar-se ou mostrar-se adepto. A aderência, por sua vez, é o efeito de aderir. Para os profissionais da saúde, a adesão se constitui no ato de tomar o medicamento prescrito na dose certa, horário correto, diariamente, de acordo com as recomendações médicas.

Silveira e Ribeiro (2005) enfatizam que os grupos de adesão são práticas de saúde fundamentadas na integração, no diálogo e no trabalho coletivo. Caracterizam-se pela multidisciplinaridade – no que tange à coordenação; pela abertura – no que diz respeito ao



ingresso de pacientes nas reuniões; e pela homogeneidade – em relação à patologia dos pacientes. São grupos informativos, reflexivos e de suporte. Seus principais objetivos são a identificação dos problemas, a discussão/reflexão das possibilidades e a busca por soluções para as dificuldades de adesão ao tratamento, sejam elas individuais ou coletivas.

É um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de dificuldades e pela busca de alternativas para superá-las, de construção de vínculos, de acolhida, de respeito à diferença e de reforço da autoestima, em que se busca estimular a pessoa a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e dos seus efeitos sobre sua vida. É um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro em uma dinâmica que possibilita falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar para superar resistências à mudança e promover adaptação do estilo de vida à condição de saúde (SILVEIRA E RIBEIRO, 2005, p. 63).

Os grupos de adesão distinguem-se das abordagens psicológicas de grupo ao constituírem-se como grupos terapêuticos, por terem foco na tarefa de tomada de consciência da importância do cuidado e na promoção do autocuidado, a partir do qual buscam desvendar os empecilhos que impossibilitam a adesão ao tratamento. Configuram-se também como grupos de aprendizagem-ensino, na medida em que as soluções são aprendidas no dia-a-dia das reuniões pelo ensinamento e pela troca de experiências dos usuários. O processo realizado nos grupos envolve tanto os profissionais, quanto os pacientes, além de ocorrer de modo interativo, dinâmico e contínuo (ADÃO; MERIGHI, 2001; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

O cuidado resulta tanto das ações terapêuticas, como das ações pedagógicas. Assim, o grupo de adesão constitui uma prática que integra o pensar e o cuidar - em outras palavras, a aprendizagem e o apoio - buscando que o paciente deixe de ser um receptor passivo de cuidados e assuma a posição de coautor dos resultados obtidos. O paciente torna-se coautor de seu próprio desenvolvimento através do processo de empoderamento das suas capacidades, “caracterizando um mecanismo de interação que institui a cultura do cuidado como um caminho para a adesão ao tratamento” (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 64).

Assim como o cuidado, no grupo de adesão, a aprendizagem e o ensino são bilaterais, integrantes de um processo mútuo e solidário, no qual todos ensinam e todos aprendem, assemelhando-se a um processo pedagógico baseado na exemplaridade, na simetria, na interação e na reciprocidade, que permite aos seres humanos, reunidos naquele ambiente, colocarem-se uns frente aos outros, aprenderem uns com os outros, encurtando a distância entre profissionais e pacientes em uma aproximação que possibilita diminuir o fosso entre os serviços de saúde e o cotidiano da população assistida (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 64).

Para Adão e Merighi (2001), não só a interdisciplinaridade favorece o aumento da adesão, mas também a participação ativa e direta de todos os membros do grupo, porque cada um contribui com a sua escuta e/ou com os recursos. Nas palavras dos autores, “a *escuta* sensível permitirá a todos e a cada um estar atento ao significado do tratamento, ao adoecer do paciente e, assim, conhecer, perceber e compreender as dificuldades reais e subjetivas da não adesão” (ADÃO E MERIGHI, 2001, p. 06).

Silva et al. (2010) realizaram uma pesquisa exploratório-descritiva em oito unidades do PSF de Cuiabá, havendo selecionado apenas unidades com mais de dois anos de funcionamento, por consideraram que esse é o período mínimo para a consolidação das equipes de trabalho. O estudo teve por finalidade analisar se o trabalho com grupos no âmbito do PSF propicia e/ou potencializa o controle social do serviço e a participação da comunidade. A coleta de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas, realizadas com os enfermeiros atuantes nas atividades educativas em grupos realizados nas referidas unidades, e os dados obtidos foram analisados a partir das seguintes categorias teóricas: grupo, participação e trabalho de enfermagem.

Da análise do material empírico, sobressaíram duas unidades temáticas: grupos educativos em programas (de saúde) e grupos educativos destinados à prevenção. Ao serem abordados a respeito da realização dessas intervenções, os enfermeiros prestaram os seguintes relatos:

Tem o grupo de hipertensos, tem o grupo dos idosos, tem o grupo das gestantes. (A).

Os grupos que realizo são dos hipertensos, diabéticos e idosos, e das gestantes. Comecei a realizar o grupo de adolescentes, porém não tive sucesso. (B).

Tem o grupo de gestantes, o de hipertensos e o dos idosos. Grupos têm, agora, o único que não tem, é o da saúde mental. (C).

A gente tenta trabalhar com os adolescentes, com as mulheres em relação aos métodos contraceptivos, as DST's, de uma forma geral, a prevenção de câncer de colo de útero, de mama, (...) com os diabéticos, faz também trabalho com os hipertensos. (...) a gente faz sala de espera, (...) só para um grupo de cada vez. (D) (SILVA et al., 2010, p. 146).

A partir das entrevistas, os autores puderam observar a predominância de grupos realizados de acordo com recortes da programação tradicionalmente presente na prática de saúde pública. Em função disso, condições à margem desses recortes, tais como a atenção a portadores de sofrimento mental ou a adolescentes, não figuravam no campo de atuação dos grupos realizados por enfermeiros nas unidades de PSF estudadas.

Considerando os objetivos do PSF, Silva et al. (2010) avaliaram que, se por um lado, a implantação dos grupos confere maior abrangência ao atendimento populacional, por outro lado, os recortes resultantes da programação tradicional restringem a população coberta. Esse fato representa um obstáculo que limita o atingimento de determinados princípios do SUS, tais como a participação popular, o controle social e a integralidade. Os pesquisadores concluíram sua análise reiterando: “para que a estratégia do PSF se consolide como um novo modelo assistencial é necessário romper com as práticas reducionistas e fragmentadas e com o enfoque na doença e tratamento” (SILVA et al., 2010, p. 146).

Visto que o modelo dos grupos de adesão ao tratamento como prática de atenção à saúde tem se destacado como um campo potencial de ensino, aprendizagem e terapêutica,

tanto para profissionais de saúde, quanto para pacientes, Silveira e Ribeiro (2005) decidiram pesquisar o trabalho desenvolvido com grupos de portadores de doenças crônicas com base nessa modalidade de intervenção grupal, e desenvolveram uma reflexão teórica a respeito do método adotado por enfermeiros quando da realização de um grupo com pacientes somáticos no Ambulatório de Medicina Integral<sup>7</sup>, do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Analisando a configuração da intervenção, verificaram que se tratava de um grupo operativo, cujo objetivo era favorecer a adesão ao tratamento por meio da combinação dos processos de ensino-aprendizagem e de atividade terapêutica. E, no que concerne à abordagem utilizada, observaram:

Esta prática assistencial é terapêutica e pedagógica por possibilitar a ampliação da consciência sobre a doença, potencializar a capacidade humana de superar dificuldades, promover a transformação da atitude perante o processo saúde-doença, e propiciar a aprendizagem mútua e recíproca à medida que, quando se trabalha uma determinada situação, não é só a situação que se modifica, mas também o sujeito que, transformado, contribui para modificar a situação (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 96-97).

Segundo os autores, a prática pedagógica caracteriza-se por promover o processo de aprendizagem através do contato com a situação-problema apresentada pelos usuários, a fim de possibilitar que o conhecimento técnico (no caso a saúde) seja agregado às demais dimensões da vida (econômicas, políticas, afetivas, éticas, sócio-culturais, etc.). E também relataram que, na esfera da educação em saúde, essa prática também pode ser adotada visando à promoção das habilidades comunicativas e do trabalho em equipe.

Além disso, Silveira e Ribeiro (2005) afirmam ser importante que a formação dos profissionais de saúde inclua momentos de reflexão e análise crítica a respeito dos significados e das formas de ensinar, de modo que o formando possa exercer o ato de trazer a perspectiva do outro (paciente) para a sua própria perspectiva e, ao mesmo tempo, possa aprender com ele dentro de uma compreensão freiriana, conforme mencionado anteriormente na seção sobre Terapia Comunitária.

Analisando as respostas fornecidas pelos enfermeiros do grupo de adesão analisado, Silveira e Ribeiro (2005) chegaram à seguinte síntese:

Em unanimidade, os facilitadores avaliaram ser este cenário propício à aprendizagem bilateral de profissionais e de pacientes, o que reforça a hipótese levantada no decorrer desse trabalho e que foi anunciada pelos entrevistados: [o grupo] é importante para o paciente e para o profissional, pois se capacitam mutuamente (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 100).

Essa afirmação levou os pesquisadores a concluírem não só enfatizando os benefícios das intervenções grupais no contexto da saúde coletiva, bem como alertando para a

---

<sup>7</sup> Embora esse trabalho não tenha sido realizado na Estratégia de Saúde da Família, o Ambulatório de Medicina Integral do Hospital Universitário Pedro Ernesto pode ser considerado uma unidade de atenção primária por trabalhar com equipes multidisciplinares e por considerar não só o indivíduo, mas também seus familiares. Além disso, o foco da assistência prestada não é nas doenças, mas sim na saúde dos pacientes.

necessidade de haver mudanças na institucionalização dessas práticas. Mudanças que transcendem aos fatores apontados em relação à formação dos profissionais de saúde: “Mudança de atitude dos homens perante os outros homens e, aqui, não estamos falando apenas nas relações que se estabelecem na atividade de trabalho; pressupõe mudança nos homens, fundamentalmente na forma como se percebem na vida” (SILVEIRA E RIBEIRO, 2005, p. 102).

Em outro estudo de natureza descritiva, Victor et al. (2007) apresentam o relato da experiência da constituição do Grupo Feliz Idade, desenvolvido por enfermeiros numa unidade básica de Saúde da Família que atende aos moradores dos bairros Planalto Pici e Dom Lustosa, em Fortaleza, havendo participado do estudo 124 idosos previamente cadastrados na unidade.

As informações foram coletadas através da observação participante e de entrevistas informais nas quais os idosos foram abordados sobre as mudanças que resultaram em promoção de saúde no decorrer de suas vivências com os enfermeiros. Além disso, as ações de enfermagem realizadas com o grupo foram registradas através de diários de campo e gravações áudio-visuais.

Através do Grupo Feliz Idade, são realizadas atividades de cuidado de enfermagem com idosos, tais como caminhadas, recreação, passeios, terapia comunitária, atividades comemorativas, oficinas de alongamento. O impacto dessas atividades realizadas na vida dos participantes do grupo foi avaliado tendo em conta a importância do pertencimento ao grupo para a vida dos idosos objetos do estudo e o que esse espaço representava para eles dentro do contexto da promoção da saúde. A partir do agrupamento das algumas falas convergentes, os autores elaboraram duas categorias de análise: promoção da saúde física e promoção da socialização (VICTOR et al., 2007).

Quanto à promoção da saúde física, e mais especificamente no que concerne ao processo de envelhecimento e à inerente perda de algumas competências físicas, Victor et al. (2007) avaliam que é nesse contexto que a atividade física assume vital importância na manutenção da saúde e prevenção de doenças. O grupo promoveu melhorias na vida dos idosos participantes, especialmente no aspecto biológico, e tais mudanças podem ser percebidas nos relatos:

Depois do grupo mudou muita coisa da minha saúde. Está melhor, eu sentia reumatismo, não podia nem andar, agora me sinto melhor, eu tinha pensamentos tristes, agora não.

Se não tivesse participado do grupo já teria morrido, pois era muito nervoso, vivia com dor de cabeça, depois do grupo deixei de fumar, os meus filhos estão achando que melhorei demais. Eu era muito abusado.

Eu fico alegre quando venho, prá mim seria muito bom que fosse três dias na semana, estou perdendo peso, eu era muito gorda tinha 96Kg e agora estou com 80Kg.

Eu vivia doente das pernas, dos braços, eu melhorei muito... Representa uma vida nova, uma coisa muito boa, me sinto muito mais saudável, antes chorava com dores nas pernas e hoje não tenho mais, estou me sentindo mais disposto e isso me deixa muito satisfeito (VICTOR et al., 2007, p. 729).

Já em relação à promoção da socialização, os autores afirmam que o risco de solidão é um dos problemas enfrentados no trabalho da enfermagem com idosos. A solidão evidencia-se na medida em que muitos dos idosos perdem seu círculo social ao se aposentarem, e alguns são viúvos. Nesse cenário, a atividade grupal aparece como um agente facilitador de relacionamentos, movimentos e atividades sociais, tal como expressado nas falas dos integrantes do grupo estudado:

Parece que eu vivia dentro de uma gaiola, agora as minhas asas estão se soltando. O grupo trouxe muitos benefícios é como se eu tivesse revivido, eu não saía de casa e o grupo me tirou de casa, a minha juventude foi só de trabalho, em casa, fui criar minhas filhas e netas e o grupo me trouxe de volta metade da vida que eu tinha perdido, eu me sentia mais velha do que eu era...

O dia que eu não venho fico logo triste, já acordo com coragem para vir para o grupo, mais disposição. Todo mundo acha que está ficando mais novo, é uma forma de crescimento, ficamos mais próximo do posto, representa uma família, é como se adquirisse mais uma família.

Eu era muito solitária não tinha amizade. O grupo me ajudou, gosto de brincar, ser alegre. O grupo melhorou meu relacionamento principalmente familiar. A alegria do grupo me faz muito bem (VICTOR et al., 2007, p. 729).

Com base nessa observação, Victor et al. (2007, p. 729) terminam sua análise reforçando o papel da enfermagem como promotora de saúde, especialmente por estimular a convivência grupal, atividade tão importante como fonte de equilíbrio biopsicossocial:

A participação de idosos em atividades em grupo representa um aspecto diferencial no rumo de suas histórias de vida, pois favorece a vivência de um estado de plenitude e bem-estar que possibilita um reforço em seu sentido existencial, ajudando a perceber seu futuro como uma história em construção.

## 2.2 Intervenções com arranjos diferenciados

Esta seção dedica-se às intervenções com arranjos diferenciados, assim denominados porque, mesmo podendo contar com o envolvimento pessoal de algum profissional em alguns atendimentos, o enquadre não corresponde ao formato tradicional face a face. Nesse grupo estão três modalidades: aquelas cujas características principais são o uso de mão de obra leiga, o suporte ao autocuidado, e a mediação por sistemas informatizados.

### 2.2.1 Intervenções com delegação de tarefas para mão de obra leiga

Alguns artigos encontrados descrevem a utilização de mão de obra leiga em saúde mental ou de profissionais não especialistas em saúde mental, justificada pela precariedade dos sistemas e dos recursos de saúde, a qual resulta na carência de profissionais de saúde mental nas regiões pesquisadas.

Esse modo de organizar o processo laboral parece ser uma forma de contornar os desafios atuais das condições institucionais existentes e disponíveis para o manejo de transtornos mentais em países em desenvolvimento, conforme a análise de integrantes da Academia de Ciências Médicas<sup>8</sup> (*The Academy of Medical Sciences*) apresentada em simpósio denominado “Desafios e prioridades da pesquisa sobre saúde mental em países de baixa e média renda”:

Diversos estudos têm buscado compreender o papel da comunidade na provisão de intervenções de saúde mental para superar a carência de profissionais treinados em países de baixa e média renda. Um conjunto crescente de dados atuais demonstra que certas intervenções financeiramente acessíveis e clinicamente eficazes podem ser realizadas através da mobilização de membros da comunidade e da distribuição de tarefas entre integrantes da equipe de saúde, num processo denominado **delegação de tarefas** (grifo nosso).

A delegação de tarefas envolve a transferência de tarefas específicas de profissionais de saúde altamente qualificados para trabalhadores de saúde menos treinados e com menos qualificação técnica, a fim de otimizar os recursos disponíveis para a saúde em países de baixa e média renda (AMS, 2008, p. 12, tradução nossa).

Nesse arranjo de trabalho, há também outro conceito importante que merece ser destacado, o qual diz respeito ao escalonamento da abordagem de cuidado, ou seja, as tarefas são transferidas inicialmente aos trabalhadores de saúde da comunidade e depois para o especialista, configurando um processo laboral em que os trabalhadores leigos atuam como conselheiros na primeira fase de atenção, resguardando-se o encaminhamento ao especialista para o último estágio de abordagem, caso seja necessário.

A Academia de Ciências Médicas (AMS, 2008) ressalta ainda que, numa abordagem escalonada, o papel dos especialistas em países de baixa e média renda é redefinido conforme a assistência é modificada e, à medida que os trabalhadores leigos passam a ter um papel

---

<sup>8</sup> Academia de Ciências Médicas é um grupo, cujos membros são médicos de hospitais e da clínica em geral (*general practice*), além de profissionais da academia, indústria e serviço público, que se propõe a desempenhar um papel central na determinação do futuro da ciência médica no Reino Unido. Atua promovendo pesquisas na área médica e campanhas para garantir que os avanços científicos sejam convertidos em benefícios de saúde para a sociedade. Também promove parcerias para incentivar a capacitação de profissionais e a implementação de novas ideias e soluções para remover barreiras que dificultem o progresso da ciência médica (AMS, 2008, p.2, tradução nossa).

central, ocorre uma redução no foco dos atendimentos individualizados, o que ajuda a contornar a carência de psiquiatras e a reduzir a lacuna de atenção disponibilizada.

Em sessões anteriores dessa dissertação, já foram relatados três experimentos em que a intervenção de base psicoterapêutica foi aplicada por mão de obra leiga em saúde mental e atingiu bons resultados: o caso de Uganda com a TIP (BASS et al., 2006), a TCC no Reino Unido (CRAMER ET AL, 2011), e a TSP no projeto do Zimbábue (CHIBANDA et al., 2011). Pode-se dizer que essas experiências ilustram o que acaba de ser exposto.

Outro exemplo calcado na delegação de tarefas que encontramos na literatura internacional ocorreu em Goa, na Índia. O projeto MANAS, que no dialeto indiano Konkani significa “projeto para prover saúde mental”, foi realizado por um grupo de pesquisadores da própria Índia, do Reino Unido e dos Estados Unidos liderados por Vikram Patel.

Essa iniciativa envolveu uma pesquisa de ensaio clínico randomizado em *cluster*, cujo objetivo foi avaliar a eficácia de uma intervenção não só em serviços públicos de atendimento primário, mas também em instituições privadas, considerando principalmente dois aspectos-chave: por ser direcionada tanto para o cuidado de transtornos depressivos, quanto de ansiedade; e por conduzida por conselheiros de saúde leigos.

Executado em duas fases, de abril de 2007 a setembro de 2009, o estudo de Patel et al. (2010) abrangeu 24 agrupamentos (*clusters*) distribuídos aleatória e proporcionalmente entre unidades públicas e clínicas gerais privadas (*general practice*), com a finalidade de comparar o tratamento usual avançado (*enhanced usual care*) com uma intervenção de cuidados colaborativos escalonados (*collaborative stepped care*), configurando quatro subgrupos a serem analisados:

- Grupo 1. Intervenção escalonada realizada em unidades públicas;
- Grupo 2. Intervenção escalonada realizada em unidades privadas;
- Grupo 3. Tratamento usual avançado realizado em unidades públicas;
- Grupo 4. Tratamento usual avançado realizado em unidades privadas.

Ao todo, 20.352 pacientes passaram por uma rotina de detecção, sendo que 3.816 (18,8%) apresentaram resultado positivo para transtornos mentais comuns, dos quais foram selecionados 2.796 participantes, conforme os seguintes critérios: ter mais de 17 anos; não precisar de assistência médica urgente, não ter dificuldades de audição, visão, fala ou cognição que pudessem atrapalhar o processo de entrevista; não ter passado pela rotina de detecção nas duas semanas anteriores; apresentar pontuação maior que cinco no GHQ-12; e prever continuar morando em Goa no ano seguinte (PATEL et al., 2010).

O método de cuidados colaborativos escalonados (Quadro 5) adotado pelos autores contou com atividades de manejo de caso (*case management*) e intervenções psicossociais conduzidas por um conselheiro de saúde leigo treinado, suplementadas por prescrição antidepressiva prescrita pelo clínico geral da APS, além de supervisão por um especialista em saúde mental.

As intervenções psicossociais constaram de psicoeducação e TIP, fornecidas pelo conselheiro de saúde leigo. A psicoeducação envolveu o esclarecimento dos pacientes quanto aos seus sintomas emocionais e sua associação com as dificuldades interpessoais, além de enfatizar a necessidade de compartilharem seus sintomas e dificuldades pessoais com seu médico, sua família, seus cuidadores ou outras pessoas de sua rede social. Com a psicoeducação, os pacientes aprendiam exercícios respiratórios para aliviar a ansiedade, bem como a programar atividades para aliviar estados de depressão, além de receberem recomendações de adesão ao tratamento e informações sobre questões de ordem social (PATEL et al., 2010).

Conforme mencionado na seção anterior sobre TIP, essa modalidade de intervenção psicológica estruturada foi selecionada por causa dos bons resultados obtidos em Uganda, outro país do terceiro mundo, e por causa do foco desta no luto, nas disputas e na transição de papéis, problemáticas comuns nas condições de vida adversas da população de Goa. Foram oferecidas um mínimo de seis e o máximo de doze sessões, sendo oito encontros a média considerada ideal. A assistência foi direcionada a pessoas com transtornos mentais moderados ou graves, ou ainda como uma alternativa ou forma de complementação ao tratamento daqueles que não responderam a antidepressivos (PATEL et al., 2010).

Já o encaminhamento para o especialista foi reservado para os pacientes que, em algum momento do projeto, foram detectados com alto risco de suicídio, não melhoraram com antidepressivos, representavam dilemas do ponto de vista diagnóstico, apresentavam comorbidade com uso de álcool ou outros problemas físicos importantes, e, ainda, para aqueles para quem o clínico havia solicitado uma consulta (PATEL et al., 2010).

Sobre a mão de obra, Patel et al. (2010) informam que os conselheiros de saúde leigos foram recrutados localmente e, por não possuírem experiência prévia na área de saúde, foram submetidos a um curso de treinamento estruturado de dois meses, tornando-se responsáveis pelo acompanhamento do paciente até a sua recuperação e alta, incluindo tudo que não envolvesse a administração de drogas. Atuavam como “administradores de caso” em estreita colaboração tanto com o médico da APS, quanto com o especialista em saúde mental.



Por sua vez, os médicos cujas unidades públicas participaram do projeto automaticamente passaram a integrar a intervenção, enquanto os médicos das clínicas particulares foram recrutados por meio de carta e visitas subsequentes, uma vez que apenas oito médicos responderam à correspondência inicialmente enviada. Os médicos participaram de um treinamento de meio dia, recebendo um manual de tratamento. Seu papel consistia em cuidar dos problemas físicos coexistentes, ministrar antidepressivos de acordo com a necessidade dos pacientes, e encorajá-los a evitar o uso desnecessário de drogas e a procurar os CSL para usufruírem de sessões de TIP (PATEL et al., 2010).

Como relação aos resultados, 1160 (85%) de 1360 de pacientes dos grupos de intervenção (cuidado colaborativo escalonado) e 1269 (88%) de 1436 pacientes dos grupos de controle completaram a avaliação de resultados. Os pacientes dos grupos de intervenção com TMC confirmado (CID-10) tinham maior probabilidade de estarem recuperados em seis meses do que os dos grupos de controle (65% contra 52,9%). A intervenção mostrou forte evidência de resultado nos frequentadores das unidades públicas, mas nenhuma evidência importante foi encontrada em frequentadores de unidades privadas (PATEL et al., 2010).

Na avaliação dos pesquisadores, o grupo 1 apresentou melhores resultados que os demais, mas nenhuma evidência de melhora foi observada no grupo 2. Por outro lado, grupos 2 e 4 (unidades privadas) não mostraram diferenças entre si, indicando que essas unidades aparentemente não se beneficiaram da presença de um conselheiro de saúde leigo. Uma possível explicação para esse achado é o fato de que os poucos médicos que responderam ao convite para integrar o experimento constituíam um subgrupo de profissionais mais motivados a melhorar a qualidade do atendimento para os TMC.

Para o subgrupo de pacientes diagnosticados com depressão, não foi encontrada nenhuma evidência do efeito da intervenção proposta talvez pela inadequação da intensidade dos tratamentos, particularmente falha na aplicação da psicoterapia conforme havia sido planejado no início do projeto. Nesses casos, a sugestão é de que sejam usados tratamentos psicológicos mais específicos e farmacoterapia mais agressiva (PATEL et al., 2010).

Patel et al. (2010) concluem o projeto MANAS recomendando que intervenções colaborativas escalonadas sejam estendidas para as unidades públicas de APS em razão da alta incidência de TMC entre os que procuram essas unidades, pela facilidade de estabelecer diagnósticos preliminares segundo os critérios da CID-10, e devido ao baixo custo de treinamento do conselheiro de saúde leigo.

Em outro artigo mais recente, transcorrido o período de um ano, mais uma vez, o mesmo grupo de pesquisadores avaliou os resultados do Projeto MANAS como altamente

benéficos. Segundo Patel et al. (2011), nas unidades públicas, os achados mantiveram-se consistentes depois de doze meses, tendo ocorrido uma redução de 30% na prevalência de TMC entre aqueles que no início da intervenção apresentavam sintomas de acordo com a CID-10. Houve também um efeito semelhante no subgrupo de participantes com depressão, e os casos de tentativa de suicídio diminuíram 36% nesse período. Além disso, verificaram-se uma forte associação entre dias de folga e morbidade física e uma associação mais modesta em relação à deficiência em geral. Em contraste com esses resultados, outra vez comprovou-se pouca evidência de impacto da intervenção nas unidades privadas.

Novamente, os autores reiteram que intervenções organizadas de acordo com um modelo colaborativo e com delegação de tarefas para mão de obra leiga treinada podem reduzir não só a prevalência de TMC, mas também de comportamento suicida e de morbidade psicológica, além da quantidade de dias de licença médica por deficiência entre usuário dos serviços públicos de APS, corroborando mais uma vez os achados iniciais do projeto MANAS (PATEL et al. 2011).

### 2.2.2 Intervenções baseadas no suporte ao autocuidado

No levantamento bibliográfico realizado, foram encontrados dois estudos de revisão sobre a temática do autocuidado (AC), além de outros que analisavam a realização de intervenções adotando esse enfoque. Começaremos pelo artigo de Lucock et al. (2011), pois, em sua revisão narrativa da literatura, os autores propõem um modelo conceitual sobre o AC que auxiliará a exposição e o entendimento das demais pesquisas. Em seguida, apresentaremos a revisão sistemática de Coull e Morris (2011) sobre a eficácia de intervenções de autoajuda baseadas em princípios da TCC, seguida pelo estudo de Lovell et al. (2006), que mostra o que acontece numa clínica de AC. Nesse trabalho, os autores reportam não só resultados quantitativos, mas também relatos qualitativos, com a visão de pacientes e profissionais a respeito do funcionamento de um serviço de autoajuda recém-implantado (à época do estudo) numa clínica de APS.

A motivação comum mencionada nos três trabalhos ingleses reside no fato de que a prevalência com que os TMC se apresentam nas unidades de APS é superior ao número de profissionais de saúde mental disponíveis, resultando em longas listas e muito tempo de

espera para receber assistência, além de deixar muitos casos sem atendimento, mesmo em países com a Inglaterra onde o sistema público de saúde conta com um bom grau de desenvolvimento e abrangência. Nem mesmo a demanda de pacientes com problemas cuja gravidade não exige o encaminhamento para serviços especializados consegue ser atendida adequadamente na APS (LOVELL et al., 2006; LUCOCK et al., 2011; COULL; MORRIS, 2011).

Com base em tais evidências, o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) vem disseminando diretrizes que recomendam a adoção de um modelo escalonado de cuidado, no qual, entre outras formas terapêuticas, os programas de AC baseados na TCC são identificados como uma forma eficaz de intervenção para os casos de depressão não severa, deixando a prescrição de drogas antidepressivas e terapias mais intensas para os casos nos quais os métodos mais simples não tenham produzido uma resposta adequada. Uma das razões é o fato de que esse tipo de intervenção demanda menos tempo do terapeuta frente a frente com o paciente do que os métodos terapêuticos convencionais (LOVELL et al., 2006; LUCOCK et al., 2011; COULL; MORRIS, 2011).

Em sua recente revisão, que analisa a natureza do autocuidado (AC) a partir da perspectiva de pessoas com transtornos mentais, Lucock et al. (2011) afirmam que o AC vem ganhando destaque e se tornando uma abordagem importante, tanto para o manejo de condições de saúde duradouras, quanto para a prevenção por meio da adoção de um estilo de vida saudável.

Embora o AC pressuponha uma ênfase na contribuição do indivíduo para o seu próprio bem-estar, os serviços de saúde desempenham um papel importante para criar um ambiente de suporte favorável, no qual as pessoas sintam-se apoiadas para conduzirem o seu AC. Dessa forma, não só a escolha e o controle do tratamento são princípios importantes do AC, mas também a possibilidade de compartilhar as decisões com um profissional. Entretanto, existe um descompasso entre o desejo das pessoas de participar de seu próprio cuidado e a disposição dos serviços de saúde de oferecer apoio profissional para isso, a qual pode ser inexistente, ou até mesmo mostrar-se contrária a tal abordagem (LUCOCK et al., 2011).

Apesar de, aparentemente, o AC ter bons efeitos sobre a saúde, concorrendo também para a melhor utilização dos serviços de saúde, ainda não há evidências significativas de seu custo-efetividade, nem do impacto na saúde gerado por um incremento nas atividades por parte dos pacientes (LUCOCK et al., 2011).

Com o propósito de encontrar uma definição de AC que abranja todo o espectro dos transtornos mentais, de problemas leves ou moderados até problemas persistentes como psicoses, em pacientes de todas as idades, Lucock et al. (2011) incluíram termos que são, com frequência, empregados indiscriminadamente, ou mesmo confundem-se com o AC, o que causa dúvidas conceituais que, por sua vez, podem afetar o planejamento dos serviços.

A fim de estabelecer um entendimento sobre o significado do AC, os autores retomam a definição da OMS:

Atividades realizadas por indivíduos, famílias e comunidades com a intenção de melhorar o nível da saúde, prevenir doenças, limitar o adoecimento (*illness*) e recuperar a saúde. Essas atividades partem do conhecimento e de habilidades adquiridas através do conjunto de experiências profissionais e leigas. São realizadas por pessoas leigas em seu próprio benefício, quer individualmente, quer com a participação colaborativa de profissionais (OMS, 1983 *apud* Lucock et al., 2011, p.602, tradução nossa).

E procuram diferenciar os conceitos de “reabilitação”, “autoadministração” e “autoajuda”, apresentando os respectivos entendimentos:

Reabilitação: é um termo que vem sendo cada vez mais usado como um princípio dominante nos serviços de saúde mental, e que reflete o desejo de mudar a percepção negativa em torno da doença mental. Uma vez que seja reconhecida a possibilidade de reabilitação, esta passaria a receber suporte [do Departamento de Saúde]. A reabilitação enfatiza o empoderamento do indivíduo, para que ele se torne capaz de administrar uma vida plena de sentido e satisfatória, e acredite em seu poder de restaurar, reconstruir e retomar o controle de sua vida.

Autoadministração: é um termo usado mais no contexto do manejo de problemas de saúde de longo prazo. (...) sendo a definição: tudo aquilo que fazemos para aproveitar o melhor de nossas vidas, lidando com as nossas dificuldades e tirando o máximo do que temos.

Autoajuda: abordagens de autoajuda em saúde mental tendem a incluir intervenções mais formais, tais como a autoajuda dirigida para ansiedade e depressão leve a moderada, e as abordagens de terapia cognitivo-comportamental mediadas por sistemas computadorizados. [sendo ambas recomendadas pelo NICE] (Lucock et al., 2011, p.604, tradução nossa).

Ainda procurando diferenciar os termos “autoadministração” e “autoajuda”, os pesquisadores explicam que, apesar de serem muito similares, autoadministração tende a ser usado para descrever as estratégias que as pessoas usam para manejar suas vidas e seus problemas de saúde, ao passo que autoajuda tende a ser utilizado para descrever intervenções profissionais de baixa intensidade, porém mais estruturadas, que em geral são oferecidas para minimizar a dificuldade de acesso aos serviços em decorrência da escassez de recursos.

A partir da revisão da literatura, Lucock et al. (2011) verificaram que AC é um conceito amplo e inclusivo, não sendo distinto dos conceitos correlatos de “reabilitação”, “autoajuda” e “autoadministração”, mas que os abrange. Criaram o modelo conceitual do AC na área de saúde mental apresentado no Quadro 6, com o qual tentam representar a complexidade da vida. E colocaram o indivíduo no centro das situações de vida que, por serem dinâmicas, variam ao longo do tempo, afetando as relações da pessoa com os outros elementos envolvidos no seu contexto.

O indivíduo mantém essas relações de reciprocidade com três grupos de atividade: 1) apoio ao AC; 2) comportamentos e estratégias de AC; e 3) funcionamento e bem-estar, sendo que essas relações se dão através dos respectivos processos de: a) Escolha, Controle e Envolvimento Social (*engagement*); b) Conhecimento e Autoeficácia; c) Reabilitação. Assim, o processo-chave de *Escolha, Controle e Envolvimento Social* determina o tipo e o suporte de AC adequados ao indivíduo, enquanto o processo-chave envolvendo o *Conhecimento* (dos comportamentos e estratégias de AC) e a *Autoeficácia* (associada à crença de que a pessoa pode atingir suas metas) determina quais comportamentos e estratégias de autocuidado são adotados pela pessoa, ao passo que o processo-chave de *Reabilitação* está relacionado ao funcionamento e ao bem-estar (LUCOCK et al., 2011).

Lucock et al. (2011) observaram que, mesmo o termo AC não sendo utilizado com frequência no âmbito dos serviços de saúde mental, seus princípios permeiam o desenvolvimento de intervenções que utilizam abordagens de “autoajuda”, “autoadministração” e “reabilitação”. Apesar de existirem serviços consistentes com os princípios do AC, há muitas dificuldades práticas que podem impedir a ampla utilização do conceito de AC no desenvolvimento de serviços de saúde mental. Em função disso, os autores acreditam que o modelo de AC que propuseram poderá ajudar a definir e a planejar o nível de suporte adequado e necessário em intervenções baseadas no AC.

Um desses problemas refere-se à dificuldade de encontrar o equilíbrio entre a autonomia do indivíduo e o nível de cuidado, apoio e tratamento fornecidos quando necessário. Isso ocorre porque as abordagens de AC podem, por um lado, negar o grau de incapacidade (*disability*) causada pela doença mental e deixar o indivíduo sem suporte, ou, por outro lado, ser lideradas por profissionais e perder o foco no usuário, ou seja, os serviços podem, por exemplo, boicotar o AC, prescrevendo demais e controlando o usuário em demasia.

Lucock et al. (2011, p. 614, tradução nossa) observam que:

o modelo médico é frequentemente citado como a antítese de um modelo orientado pelo autocuidado e a reabilitação. A literatura sugere, entretanto, que há um lugar para o equilíbrio entre as exigências do tratamento médico e o autocuidado como, por exemplo, no caso do manejo medicamentoso, em que as pessoas podem entender o valor da medicação para o seu próprio autocuidado. Assim, a implementação da prática do autocuidado requer uma reorientação do papel do profissional na direção de estabelecer uma parceria.

Nesse sentido, o paciente deve ser entendido como um parceiro do profissional que, segundo o modelo, deveria “abrir mão” de um pouco do controle, estimulando a responsabilização do próprio usuário. Sendo o AC algo muito pessoal, é preciso que o usuário possa encontrar as atividades de AC que lhe sejam mais adequadas, e não recebê-las por

imposição do profissional, o que significa que os serviços deveriam oferecer opções de assistência de acordo com as necessidades, capacidades e interesses dos indivíduos. Um apoio profissional de AC exitoso é aquele que encontra o equilíbrio entre esses dois extremos, embora isso não seja fácil de atingir na prática, principalmente em situações que envolvam o manejo de casos de risco, nos quais existe uma tensão entre segurança e autonomia (LUCOCK et al., 2011).

Outro obstáculo à ampla propagação do conceito de AC refere-se à qualidade das evidências disponíveis. Além serem necessárias mais pesquisas sistematizadas, é preciso alcançar um consenso sobre o que pode ser considerado como “evidência” nesse contexto por que:

a filosofia da medicina baseada em evidências pode conflitar com uma abordagem de AC. Na medicina baseada em evidências, um transtorno é identificado e os tratamentos mais eficazes são revelados primariamente através de estudos clínicos controlados. As diretrizes de tratamento então guiam os profissionais nos tratamentos que eles fornecem. A abordagem de autocuidado, por outro lado, enfatiza o próprio indivíduo, e a evidência que permeia essa abordagem tende a ser baseada em pesquisas mais qualitativas, nas narrativas pessoais e na perspectiva dos “experts por experiência” (LUCOCK et al., 2011, p. 614, tradução nossa).

Uma vez que tal tipo de evidência é considerado pouco relevante pelo NICE, a discussão é essencial para se definir o lugar das práticas de AC dentro do sistema de comissionamento e remuneração de serviços de saúde, que se encontra em pleno reordenamento atualmente na Inglaterra (LUCOCK et al., 2011).

Os autores também alertam para as implicações organizacionais, econômicas e administrativas decorrentes de se oferecer um suporte de AC eficaz porque, para isso, os serviços precisam ser mais flexíveis do que os serviços oferecidos pelas grandes organizações públicas que, geralmente, são padronizados para se controlar a qualidade. Além disso, o AC requer a cooperação e a colaboração entre diferentes grupos de profissionais e entre as diferentes instituições que atuam nas áreas de saúde, de serviços sociais e de voluntariado (LUCOCK et al., 2011).

Por fim, reconhecendo tanto as limitações da literatura disponível, quanto os desafios para se implementar o suporte de AC nos serviços de saúde mental, Lucock et al. (2011) recomendam a realização de novas pesquisas sobre as barreiras e os facilitadores dessa prática, bem como sobre o impacto do AC no funcionamento, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, e esperam que o modelo que propuseram seja usado para fundamentar futuros estudos.

Coull e Morris (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura a respeito da eficácia clínica de intervenções de autoajuda dirigida e baseada na TCC (*cognitive-behavioural therapy based guided self-help*). De acordo com esses autores, a autoajuda

dirigida é mais intensiva do que a simples autoajuda, por envolver o suporte de um profissional para guiar o paciente no uso das intervenções de autoajuda e, portanto, a diferença principal entre ambas é a orientação do profissional e o impacto de sua presença na efetividade da intervenção. Entretanto, o formato das intervenções de autoajuda pode variar em função da experiência do profissional, da quantidade de orientação fornecida, da natureza da tecnologia de saúde sendo usada.

Em decorrência dessa variação, os autores definiram a autoajuda dirigida como:

O acesso de um indivíduo a materiais de diversas naturezas, tais como livros, manuais ou internet, no tratamento de transtornos leves ou moderados de ansiedade e/ou depressão, e que seja guiado pelo suporte ativo de um terapeuta profissional ou paraprofissional, por no mínimo trinta minutos e no máximo de três horas (COULL; MORRIS, 2011, p. 2240, tradução nossa).

Para serem incluídos na análise, os estudos descritos e as intervenções correspondentes precisaram satisfazer a um conjunto de critérios estabelecidos por Coull e Morris (2011):

- a) ser um estudo do tipo ensaio clínico controlado, ou seja, haver uma distribuição aleatória de pacientes entre grupo de intervenção e grupo de controle;
- b) basear-se na TCC;
- c) os pacientes deveriam ser portadores de transtornos de ansiedade e/ou depressão de leves a moderados (critério DSM-IV ou CID-10) e ter entre 17 e 64 anos de idade;
- d) contemplar o acesso pelo paciente a materiais de autoajuda, por meio de livros, de manuais ou da internet;
- e) contar com o apoio ativo de um terapeuta profissional ou paraprofissional por um período não inferior a 30 minutos, nem superior ao total de três horas.

A aplicação desses critérios permitiu a seleção de 13 trabalhos entre 778 artigos potencialmente relevantes. Entre os selecionados, apenas cinco explicitaram que os terapeutas receberam um treinamento específico para a intervenção, somente seis descreveram que os terapeutas realizaram seu trabalho sob supervisão, e apenas um se preocupou em garantir que a intervenção fosse realizada com fidelidade, isto é, de acordo com o que havia sido planejado. Além disso, em três estudos, alguns pacientes eram portadores de sintomas graves, perfil não adequado para o tipo de intervenção analisada, o que pode ter influenciado negativamente os resultados.

A meta-análise dos dados mostrou a eficácia da autoajuda dirigida no período pós-tratamento imediato, porém mostrou-se limitada no acompanhamento ou entre amostras clinicamente mais representativas. Além disso, houve uma tendência sugerindo que aqueles trabalhos que relataram maior eficácia da autoajuda dirigida eram de menor qualidade

metodológica e, geralmente, incluíam participantes que foram autoselecionados, e não recrutados por meio de encaminhamento clínico. Assim, ocorreram diferenças importantes na avaliação da eficácia, dependendo da forma de recrutar participantes para a intervenção. Apesar de haver evidências da eficácia em indivíduos que se candidataram através dos meios de comunicação, em pacientes encaminhados pelos próprios serviços de APS, a evidência não foi conclusiva.

Tais achados evidenciam que a heterogeneidade existente entre os estudos revisados limita a comprovação da eficácia da terapêutica. Coull e Morris (2011) consideram razoável admitir que intervenções desse tipo possam ser eficazes para certos pacientes, sob determinadas condições e que, por isso, a autoajuda dirigida com base na TCC deveria ser considerada como um componente integrante do modelo de cuidado escalonado. Entretanto, concluem que é preciso haver pesquisas adicionais com maior rigor metodológico, a fim de permitir o entendimento da relevância, da aceitabilidade e dos componentes-chave desse tipo de intervenção.

Considerando-se que os trabalhos de Lucock et al. (2011) e de Coull e Morris (2011) permitem uma compreensão do conceito do AC, bem como de uma possível efetividade no tratamento dos TMC, torna-se oportuno acrescentar a esta exposição a descrição do funcionamento de um serviço de AC como ocorre em uma unidade de APS. Para tanto, apresentamos a seguir a pesquisa de Lovell et al. (2006) realizada, durante um período de três meses, em um movimentado “*Primary Care Trust*”<sup>9</sup>, localizado na região urbana de North Manchester, na Inglaterra, onde estavam sendo testadas em regime piloto trinta e quatro clínicas com serviços de autoajuda (*self help*).

O objetivo de Lovell et al. (2006) foi examinar os níveis de utilização, eficácia e aceitabilidade por parte dos envolvidos em um novo tipo de serviço de autoajuda, cujas características básicas de funcionamento eram as seguintes: sistema de encaminhamento por autoindicação ou por indicação de um clínico geral (*general practitioner*) da APS; pacientes com idade igual ou superior a 16 anos; portadores de TMC leves a moderados avaliados pelo instrumento CORE-OM<sup>10</sup>; não sendo aceitos pacientes com problemas relacionados ao uso

---

<sup>9</sup> Truste é um tipo de organização do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*) inglês. O trustee possui o seu próprio orçamento, define as suas prioridades de trabalho de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de Saúde e custeia a prestação feita por diversos fornecedores de serviços hospitalares e também de cuidados primários, secundários, comunitários e de saúde mental. Como responsável por uma determinada região, tem condições de compreender melhor as necessidades da comunidade local e de trabalhar para garantir o seu atendimento. Atualmente, existem 151 trustees que respondem por cerca de 80% do orçamento do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.nhs.uk/NHSEngland>, acesso em 15/03/2012.

<sup>10</sup> CORE-OM – **C**linical **O**utcomes in **R**outine **E**valuation – **O**utcome **M**eaure, é um questionário de 34 itens a ser preenchido pelo paciente, destinado a medir a gravidade de um problema em uma variedade de condições



abusivo de drogas, psicoses, transtornos cognitivos degenerativos, ou ainda aqueles que representavam risco para si mesmos ou para terceiros. O tempo de espera para atendimento na época da realização do estudo era de aproximadamente oito semanas. As clínicas tinham por objetivo oferecer um serviço acessível, que compreendia uma avaliação inicial de 45 minutos seguida de até dez sessões de acompanhamento com duração de 15 minutos.

As intervenções de autoajuda baseavam-se nos princípios da TCC, com abordagem centrada em solução de problemas e ênfase no fornecimento de aconselhamento comportamental, cognitivo e de estilo de vida, efetuado através da leitura de literatura e de outros materiais previamente validados. Assim, cada paciente que comparecia à clínica recebia de um terapeuta treinado um programa de apoio ao cuidado personalizado. Os atendimentos eram realizados por uma equipe composta por quatro enfermeiras de saúde mental, dois conselheiros e um assistente social, todos com pelo menos cinco anos de experiência (LOVELL et al., 2006).

Os principais dados da pesquisa podem ser assim resumidos: um total de 662 pacientes foi encaminhado para as clínicas de autoajuda em um período de três meses, dos quais 67% compareceram à sua primeira consulta. O número médio de sessões por paciente foi de 2,8, com um tempo médio total de 69,6 min. Como o estudo era de observação de um serviço e não um teste de uma intervenção específica, Lovell et al. (2006) não dimensionaram a amostra, nem constituíram grupo de controle.

Os pontos obtidos na CORE-OM melhoraram significativamente entre a avaliação inicial e o acompanhamento depois de três meses, com 39% dos pacientes apresentando uma melhora clinicamente significativa. Tanto os terapeutas de autoajuda, como os médicos (*general practitioners*) que fizeram o encaminhamento, demonstraram satisfação de moderada a alta com essa modalidade de tratamento, e a maioria dos pacientes percebeu a intervenção como apropriada para suas necessidades (LOVELL et al., 2006).

Os dados qualitativos, obtidos por meio de entrevistas com uma amostra de dez médicos (*general practitioners*), três clínicos de autoajuda e oito pacientes, permitiram a Lovell et al. (2006) ter uma visão mais próxima do serviço tal como percebido pelos participantes.

Avaliando a adequação e a acessibilidade do serviço, seis pacientes consideraram que as clínicas de autoajuda atenderam às suas necessidades, enquanto todos os médicos

---

psicológicas, e usado rotineiramente como parte do serviço de AC oferecido pelas clínicas. É aplicado tanto antes do início da intervenção, como três meses depois, para fins de acompanhamento (LOVELL ET AL., 2006).

afirmaram que recomendariam esse serviço para pacientes com TMC, além de quase todos acreditarem que esse tipo de assistência seria apropriado para quase todos os pacientes (LOVELL et al., 2006).

Quanto à eficácia percebida, seis dos oito pacientes entrevistados afirmaram que o cuidado recebido havia melhorado significativamente seu bem-estar psicológico e seu funcionamento no dia a dia. Muitos ressaltaram que os resultados vieram do desenvolvimento de um relacionamento interpessoal com o clínico de autoajuda, algo que é, frequentemente, considerado preferível em comparação aos tradicionais tratamentos farmacológicos. A mesma visão foi compartilhada pelos terapeutas, para quem, de modo geral, faltam alternativas à prescrição de drogas psicoativas, havendo a autoajuda oferecido uma contribuição significativa para que o tratamento fosse bem equilibrado (LOVELL et al., 2006).

Alguns depoimentos evidenciam essas conclusões (LOVELL et al., 2006, p. 216, tradução nossa):

Pensei que eu apenas fosse ter alguém com quem conversar sobre como eu estava me sentindo e que eu pudesse receber alguma ajuda que não fosse necessariamente ligada a remédios ... quando eu saí, eu me senti, sabe, como se eu tivesse me livrado de uma carga pesada (Paciente 02).

Sem dúvida, tem sido uma estratégia muito útil como uma alternativa a simplesmente prescrever antidepressivos (Médico 02).

Todos os que usaram o material de autoajuda avaliaram-no positivamente e acreditavam que havia contribuído, mesmo que parcialmente, para a sua recuperação. Dois dos clínicos de autoajuda entrevistados identificaram algumas vantagens específicas associadas a esse tipo de intervenção (LOVELL et al., 2006, p. 216, tradução nossa):

Não era uma dessas coisas das quais eu precisava religiosamente, mas era legal saber que estava lá ...se você está em um lugar sossegado, se você senta e lê [o material], isso em geral tira a ansiedade e o stress de qualquer situação na qual você se encontre (Paciente 06).

Eu trabalhei em clínicas onde as pessoas chegavam e traziam os seus prontuários... e tem um diário sobre os pensamentos e um diário sobre a ativação de comportamentos. Eu os li e funcionam maravilhosamente (Clínico de autoajuda 02).

Sobre as limitações do serviço, nem todos os profissionais de cuidados à saúde pareceram ter um entendimento claro sobre os propósitos do serviço, havendo confusão principalmente na interface entre os serviços comunitários secundários e os serviços da APS. Por isso, para futuros estudos, os autores recomendaram estabelecer uma melhor definição tanto do serviço de autoajuda, quanto dos critérios de encaminhamento (LOVELL et al., 2006).

As análises dos dados clínicos mostraram que clínicas de autoajuda como parte da APS podem ser um complemento útil aos serviços tradicionais de psicologia. Pelo pequeno número de pacientes encaminhados para unidades especializadas de saúde mental, Lovell et

al. (2006) verificaram que essa intervenção não apenas adiou os encaminhamentos, mas foi, por si só, um tratamento efetivo.

Por outro lado, os dados qualitativos evidenciaram que nem os pacientes, nem os profissionais envolvidos receberam informação suficiente sobre os objetivos do serviço de autoajuda, sobre sua aplicabilidade ao tratamento primário de problemas de saúde mental e sobre seus benefícios, bem como sobre as diferenças em relação a outros tipos de tratamento primário, como, por exemplo, a psicoterapia. Isso pode ter influenciado na satisfação dos pacientes e na descontinuidade do comparecimento e do acompanhamento por um número significativo de pacientes (apenas um de cada três pacientes compareceram à avaliação de acompanhamento).

Em função disso, Lovell et al. (2006) concluíram que, mesmo quando existe a necessidade de implementar um serviço de autoajuda em unidades de APS, o sucesso de uma iniciativa assim depende de uma infraestrutura bem desenvolvida, que seja capaz de fornecer não só apoio suficiente, mas também as informações adequadas para garantir que responda às necessidades individuais.

### 2.2.3 Intervenções mediadas por sistemas computadorizados ou plataformas automatizadas

Com o desenvolvimento cada vez mais acelerado da tecnologia de informação e de diversos recursos automatizados, vem surgindo uma nova modalidade de intervenção auxiliada ou até mesmo mediada por tecnologias digitais aplicadas ao campo da saúde. Assim, programas de computação (*softwares*) especialmente desenvolvidos para apoiar a prática clínica são configurados como plataformas automatizadas que auxiliam desde a simples captação de dados dos pacientes, passando pela realização da avaliação diagnóstica, pela produção e emissão de relatórios contendo orientações e/ou sugestões quanto às ações de cuidado, chegando, inclusive, a veicular o pacote completo de uma intervenção digital.

Embora os TMC afetem cerca de 1/3 dos pacientes da APS, os clínicos identificam apenas 50% dessas condições, porque a maioria dos pacientes apresenta apenas queixas de ordem física (LEWIS et al., 1996) e, assim, de 10 a 35% dos casos continuam sem ser identificados três anos depois da consulta inicial (THOMAS et al., 2004). Considerando que um dos maiores problemas na APS é a baixa detecção e identificação dos TMC pelos médicos

de família (*general practice*), esses autores justificam a importância da execução de estudos para aumentar a taxa de detecção, e defendem que o uso de avaliações computadorizadas pode ajudar nessa tarefa, principalmente quando são fornecidas informações adicionais ao profissional.

Lewis et al. (1996) conduziram um ensaio clínico controlado para examinar, em termos de eficácia clínica, os efeitos de se prover o clínico com uma avaliação computadorizada logo no início do tratamento de um paciente. Os autores resolveram verificar não apenas os efeitos sobre a evolução clínica ao longo do processo de cuidado, mas também a quantidade de consultas de retorno, de encaminhamentos e de prescrições decorrentes dessa intervenção.

O estudo foi realizado em uma clínica geral (*general practice*) localizada em uma área degradada da região sudeste de Londres, onde 1.937 pacientes foram solicitados a responder o Questionário de Saúde Geral de 12 itens (GHQ-12). Dentre aqueles que obtiveram pontuação igual ou maior do que dois, 227 indivíduos foram alocados aleatoriamente em três grupos que diferiam apenas na informação inicialmente prestada ao médico, não tendo sido dada nenhuma orientação quanto ao uso das mesmas. Os grupos foram dispostos assim:

- a) Grupo controle: não foi fornecida ao médico nenhuma informação adicional;
- b) Grupo GHQ: foi fornecido ao médico, junto com o prontuário do paciente, o resultado de uma avaliação feita com o GHQ-12;
- c) Grupo PROQSY: foi fornecido ao médico o resultado de uma avaliação computadorizada denominada PROQSY.

Segundo Lewis et al. (1996), avaliações computadorizadas autoaplicáveis nada mais são do que questionários de múltipla escolha que, de acordo com as respostas preenchidas, executam um desdobramento sequencial de perguntas. Isso possibilita uma avaliação completa sem a apresentação de questões redundantes e, portanto, fornece aos médicos uma quantidade de informações valiosas maior do que as fornecidas pelos questionários de identificação de casos como o GHQ, contando ainda com a vantagem de não demandar tempo adicional do médico, uma vez que as informações são coletadas fora da consulta.

A avaliação PROQSY analisa sintomas individuais e emite algumas informações diagnósticas, juntamente com comentários sobre o risco de suicídio e fontes de preocupação e depressão. Nesse caso, a avaliação PROQSY foi desenvolvida com base no instrumento Clinical Interview Schedule Revised, o qual já havia sido usado anteriormente em uma pesquisa nacional sobre morbidade psiquiátrica (LEWIS et al., 1996).

O médico solicitava ao paciente que preenchesse a avaliação PROQSY logo após a consulta inicial ou que agendasse o seu preenchimento para os sete dias subsequentes a essa consulta. Também solicitava ao paciente que marcasse uma nova consulta para uma semana após o preenchimento da PROQSY para, juntos, discutirem o resultado (LEWIS et al., 1996).

A evolução clínica foi acompanhada através do GHQ-12 em três ocasiões, de modo que o questionário foi enviado aos pacientes pelo correio seis semanas, três e seis meses após a consulta inicial. Além disso, também foram registradas, para cada paciente, as taxas de retorno a consultas nos seis meses seguintes; a quantidade de prescrições de drogas psicotrópicas ou não aos pacientes e o número de encaminhamentos referidos a outros médicos, fossem do próprio serviço ou de outras clínicas (LEWIS et al., 1996).

Nas avaliações de acompanhamento feitas seis semanas e três meses após a intervenção PROQSY, os autores observaram que a pontuação média do GHQ-12 foi um pouco menor do que a dos outros dois grupos. As outras medidas (retornos, prescrições e encaminhamentos), entretanto, não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, indicando apenas que haviam aumentado um pouco os encaminhamentos de integrantes do grupo PROQSY para outras especialidades diferentes da área de saúde mental. Embora este não fosse um resultado esperado pelos autores, uma possível explicação é a de que a avaliação clínica da saúde mental tenha acabado por atrair a atenção dos pacientes para sua saúde física, apontando problemas que necessitavam de mais investigações clínicas ou mesmo de tratamento (LEWIS et al., 1996).

Os pesquisadores verificaram que fornecer ao médico apenas os resultados do GHQ não teve qualquer influência aparente sobre a evolução clínica. Em contrapartida, quando a avaliação computadorizada foi adicionada ao processo de detecção inicial dos casos, houve uma pequena melhora nos resultados, comprovando, aparentemente, que esse tipo de intervenção pode aliviar o sofrimento de pessoas com TMC. Sendo assim, Lewis et al. (1996) concluíram haver um potencial para o uso de avaliações computadorizadas autoaplicáveis na APS que merece ser devidamente mais explorado.

Mais recentemente, também com a participação de Lewis, Thomas et al. (2004) conduziram outro estudo de natureza similar em cinco clínicas gerais de Bristol e Cardiff, havendo uma diferença importante em relação à pesquisa anterior. Nesse projeto, além de o relatório emitido pelo computador conter informações coletadas a partir do preenchimento (pelo paciente) do instrumento Clinical Interview Schedule Revised (em sua versão informatizada) sobre sintomas psiquiátricos, provável diagnóstico clínico, principais eventos

de vida, risco de suicídio, grau de incapacidade e de deficiência, eram também fornecidas recomendações de tratamento específicas para cada paciente (Quadro 7).

Por exemplo, se um paciente tivesse um resultado maior do que 20 no CIS-R, o sistema recomendava a prescrição de medicação antidepressiva; se o paciente se queixava de sono difícil, era recomendado um antidepressivo com sedativo, e, se o paciente mostrava o desejo de receber um aconselhamento por causa da ocorrência de um evento recente em sua vida, o relatório entregue ao clínico incluía o telefone de um grupo local de autoajuda (THOMAS et al. 2004).

Pacientes com pontuação no GHQ-12 igual ou superior a três foram considerados candidatos potenciais à participação na pesquisa, o que ainda dependia do preenchimento do CIS-R e da obtenção de um resultado maior ou igual a 12 no CIS-R. Após as várias etapas, restaram 762 pacientes aleatoriamente alocados por Thomas et al. (2004) conforme abaixo:

- a) Grupo intervenção: com 365 participantes, sendo fornecido o relatório do computador ao clínico;
- b) Grupo controle: com 397 participantes, não sendo fornecida nenhuma informação ou orientação adicional ao médico.

Com relação à investigação do perfil de morbidade inicial dos pacientes, Thomas et al. (2004, p. 834, tradução nossa) encontraram:

13% preenchiem critérios da CID-10 apenas para o diagnóstico de depressão leve a moderada; 10% apenas para transtorno de ansiedade (ex. ansiedade generalizada, fobia, transtorno de pânico), ao passo que 3% dos pacientes encaixavam-se em ambos diagnósticos. De modo geral, 22% dos pacientes reportaram apenas sintomatologia depressiva, 9% mencionaram apenas sintomas de ansiedade e a maioria queixou-se de ambos os tipos de sintomas.

Alguns aspectos foram avaliados tanto seis semanas, quanto seis meses após a execução da intervenção. O resultado no instrumento GHQ-12 foi a principal medida, sendo a recuperação definida como uma pontuação igual ou maior do que dois nas avaliações de acompanhamento, assumindo-se um resultado ruim no caso daqueles que não as responderam. Os pesquisadores não observaram um efeito estatisticamente significativo da intervenção na recuperação dos pacientes em qualquer momento do período de acompanhamento. Em média, todos os participantes experimentaram uma redução na pontuação GHQ, principalmente nas primeiras seis semanas de acompanhamento. Entretanto, a pontuação GHQ média do grupo de intervenção foi significativamente menor do que a daqueles que receberam o tratamento habitual, resultado que, todavia, não foi mantido na avaliação feita aos seis meses (THOMAS et al. 2004).

A análise da qualidade de vida, feita através de uma escala com seis itens (sendo três do *Sickness Impact Profile* e três do *Short Form Health Survey*<sup>11</sup> (SF-36)), também não apresentou associação significativa com o tipo de tratamento recebido pelo participante. No entanto, independentemente do tipo de tratamento recebido, em média, todos os indivíduos experimentaram um aumento na pontuação, o que sugere ter havido uma melhora na qualidade de vida ao longo do período de tempo.

A satisfação dos pacientes medida através de uma única indagação feita ao paciente (se um amigo estivesse precisando de ajuda médica, você recomendaria o seu médico?) não sofreu alterações importantes ao longo do tempo. No início do tratamento, 76% disseram que recomendariam o seu médico para um amigo que precisasse de ajuda, sinal de um alto grau de satisfação, o qual permaneceu consistente ao longo de todo o período de acompanhamento, tendo alcançado 73% e 76%, respectivamente, em seis semanas e aos seis meses. O tipo específico de tratamento oferecido também teve pouco efeito sobre a satisfação dos pacientes, uma vez que, às seis semanas de acompanhamento, 72% dos participantes do grupo controle e 75% do grupo de intervenção informaram estar satisfeitos com seu médico (THOMAS et al. 2004).

Thomas et al. (2004) avaliaram que o único efeito dessa intervenção, isto é, a significativa redução na média do GHQ obtida pelos integrantes do grupo de intervenção seis semanas após o início do estudo, estava associado ao processo de detecção inicial de casos (*case finding*) seguida da prestação de uma avaliação psiquiátrica ao clínico. Por isso, os pesquisadores interpretam que sistemas informatizados são capazes de combinar os dados do paciente com diretrizes de tratamento, gerando um conjunto de instruções específicas e direcionadas para o gerenciamento de cada caso, o que pode facilitar a tomada de decisão por parte do clínico (THOMAS et al. 2004) e assim influenciar a condução do tratamento.

Além disso, os autores ressaltam que não se pode desprezar o fato de que fornecer aos médicos orientações computadorizadas pode elevar a recuperação de pacientes em 4% a 10% dos casos, principalmente quando essas orientações são customizadas de acordo com a queixa de saúde específica de cada pessoa. Assim, embora não tenha demonstrado um resultado significativo, o estudo sugere que a utilização de informações computadorizadas pode acelerar a resposta ao tratamento, o que, em razão da prevalência de TMC na APS, na opinião de

---

<sup>11</sup> Sickness Impact Profile e Short Form Health Survey 36 – o objetivo desses dois instrumentos é avaliar o estado de saúde geral. <http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm>, e acesso em: 18/03/2012.

Thomas et al. (2004), é suficiente para indicar que esta iniciativa deva ser mais profundamente investigada.

Um grupo de pesquisadores da Universidade de Chicago, nos Estados Unidos, desenvolveu uma intervenção através do uso de uma plataforma via internet direcionada para a prevenção de depressão em adolescentes. Denominado CATCH-IT<sup>12</sup> (Transição Competente para Idade Adulta através de Treinamento Cognitivo-comportamental, Humanista e Interpessoal), esse projeto foi realizado entre abril e junho de 2004, sendo posteriormente aperfeiçoado.

Assim, enquanto Van Voorhees et al. (2007) descrevem as etapas de concepção, construção e avaliação do protótipo da intervenção, dois anos depois, no artigo intitulado *From Prototype to Product: Development of a Primary Care/Internet Based Depression Prevention Intervention for Adolescents (CATCH-IT)*<sup>13</sup>, Landback et al (2009) relatam a sua transformação em um produto final (Quadro 8).

De acordo com Van Voorhees et al. (2007) e Landback et al. (2009), não há nenhuma intervenção semelhante, sendo esta uma iniciativa pioneira que se destaca justamente por ter lançado uma terapêutica de cuidado primário via internet voltada para a prevenção de depressão em jovens adultos.

Van Voorhees et al. (2007) ponderam que as mudanças do processo de desenvolvimento vital fazem da adolescência uma fase de transição em que a pessoa fica mais vulnerável a susceptibilidades emocionais, e Landback et al. (2009) mencionam que 25% dos adolescentes passam por algum episódio depressivo. Em decorrência dos altos índices de depressão em adolescentes, na opinião dos dois grupos de autores, a prevenção a esse tipo de condição é uma preocupação na APS, por isso, da mesma forma que um médico deve avaliar o risco para doenças cardiovasculares em um adolescente, ele deve avaliar o risco para depressão.

Nesse sentido, a Associação Americana de Psicologia afirma que prestar esse tipo de assistência é uma extensão natural do trabalho clínico, e recomenda a integração de ações de prevenção de saúde mental na rotina de cuidado médico. Além disso, a Academia Americana de Pediatras também incentiva os clínicos a ter um papel mais atuante na identificação de fatores de risco para doenças mentais (VAN VOORHEES et al., 2007).

---

<sup>12</sup> A intervenção está disponível gratuitamente em: <http://catchit-public.bsd.uchicago.edu>.

<sup>13</sup> Tradução do título do artigo: Do protótipo ao produto: o desenvolvimento de uma intervenção para prevenção de depressão em adolescentes na APS (CATCH-IT).



Para conceber o Projeto CATCH-IT, os autores consideraram que a APS oferece uma série de vantagens para superar as barreiras relativas à implementação de uma ação de prevenção em uma localidade ou comunidade, dentre as quais está o fato de o adolescente visitar o médico ao menos uma vez ao ano e de ser receptivo às orientações fornecidas por ele quanto à sua saúde e ao seu comportamento. Tendo em vista a aliança terapêutica médico-paciente, não seria difícil para um clínico da APS motivar um jovem a participar de uma intervenção.

Verificaram também que a TCC e a TIP vêm sendo usadas para abordagem à depressão e que programas de tratamento baseados em autoajuda são mais eficazes quando envolvem também o apoio ou o acompanhamento de um profissional. Ao perceberem que o público jovem gosta de “navegar na rede mundial” e que mais da metade dos adolescentes usa a internet para buscar informações de saúde, julgaram que esse meio seria apropriado para veicular a prestação de um tratamento de saúde (VAN VOORHEES et al., 2007).

Levando em consideração esses aspectos, os pesquisadores desenvolveram uma intervenção com o objetivo de contornar os seguintes obstáculos que prejudicam a implantação de intervenções psicossociais: fidelidade a uma teoria existente já comprovada; aspectos motivacionais do paciente; dosagem adequada do tratamento; nível de percepção por parte do paciente quanto à ajuda proporcionada pela intervenção; e custo potencial da intervenção.

Com relação ao processo e à equipe de trabalho, as publicações, os manuais e outros materiais originais usados como fonte de referência foram traduzidos e adaptados para serem utilizados via internet, e tiveram a sua fidelidade verificada por uma equipe multidisciplinar composta por um psicólogo clínico e outro da área de saúde, autores das referências originais e um editor especializado em materiais voltados para o público jovem. Propositalmente, os autores adotaram uma linguagem acessível que conferisse facilidade à leitura e ao entendimento da intervenção, além de transmitir ao adolescente a ideia de que seria possível obter ajuda através da mesma. Para conduzir a intervenção, os clínicos receberam aproximadamente três horas de treinamento na técnica de entrevista motivacional (VAN VOORHEES et al., 2007).

A intervenção segue uma sequência de ações: começa com uma entrevista motivacional inicial à qual se segue a apresentação de um programa de atividades via internet, e se encerra com a entrevista de avaliação final. Considerando que as ações de tratamento ocorrem na APS e na internet, os autores correlacionaram o desenho dos componentes da

intervenção a esses dois ambientes. Assim, há um componente da APS e outro da internet (VAN VOORHEES et al., 2007).

O componente da APS engloba tanto a entrevista inicial, quanto a consulta final com o médico, ao passo que o componente da internet consta da realização de uma série de ações diretamente na plataforma computadorizada. As atividades são baseadas em ativação comportamental e psicoterapias de cunho cognitivo-comportamental e interpessoal, enfocando fatores de risco conhecidos para a depressão (VAN VOORHEES et al., 2007).

A abordagem da entrevista motivacional foi escolhida porque sua eficácia vem sendo demonstrada no tratamento do abuso de substâncias e também na redução de comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos. Na entrevista inicial, o clínico da APS ajuda o jovem a identificar os seus objetivos pessoais e a compreender como a depressão atrapalha isso, além de incentivar a autoeficácia (*self-efficacy*) do adolescente em aumentar sua motivação a participar de um tratamento via internet. A ideia é possibilitar que o adolescente desenvolva o seu próprio racional para participar da intervenção (VAN VOORHEES et al., 2007).

Os módulos da internet oferecem exercícios para serem efetuados *online* e depois impressos para avaliação posterior. O módulo inicial contém atividades de ativação comportamental com conteúdo semelhante ao da entrevista motivacional (VAN VOORHEES et al., 2007).

Os quatro módulos seguintes usam princípios da TCC e contêm atividades direcionadas para contornar pensamentos automáticos negativos e crenças irracionais pessimistas, além de ensinar a regulação do afeto<sup>14</sup> e a resolver problemas pessoais, enquanto os quatro módulos baseados na TIP enfocam apoio social, transições e problemas de relacionamento interpessoal (VAN VOORHEES et al., 2007).

Há um módulo baseado no conceito de resiliência que visa a modificar o comportamento de isolamento social e traz exercícios sobre participação social ou envolvimento na comunidade, adoção de estratégias flexíveis para lidar com novas situações, e humor e esperança para enfrentamento de obstáculos. O módulo final é reservado para a autoavaliação e segue a abordagem *reasoned action*<sup>15</sup> (ação pensada), que ensina a reconhecer

---

<sup>14</sup> Teoria da Regulação do Afeto (Schore, 2003) refere-se ao manejo da resposta emocional apropriada a uma situação, ou seja, refere-se à habilidade de manter ou aumentar sentimentos positivos e estados de bem-estar, e de minimizar ou regular sentimentos de estresse ou estados defensivos.

<sup>15</sup> *Reasoned Action Approach* (Martin Fishbein) – modelo utilizado para prever comportamentos e aplicado no contexto da saúde para compreender e mudar comportamentos relacionados ao processo de saúde-doença. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603050/>, acesso em 18/03/2012.

os primeiros sinais de depressão, a reduzir o estigma e outras barreiras ao tratamento, além de informar sobre as opções de tratamento disponíveis que visem a minimizar crenças associadas à não procura de ajuda (VAN VOORHEES et al., 2007).

Assim como a consulta inicial com o médico, a consulta final do tratamento também se apoia na técnica da entrevista motivacional. Naquele momento, o objetivo é rever os exercícios feitos na internet e encorajar o adolescente a continuar praticando e desenvolvendo comportamentos de proteção em relação à depressão. O intuito é realçar a mudança de comportamento alcançada, identificar a presença de comportamentos disfuncionais que ainda precisem ser modificados, e estimular a adoção de novos hábitos para lidar com as dificuldades (VAN VOORHEES et al., 2007).

Após planejarem a intervenção e construírem a plataforma, Van Voorhees et al. (2007) conduziram um teste piloto com a participação de 14 jovens pacientes de duas unidades de APS, sendo uma unidade urbana e outra localizada numa instituição universitária, com idade de 18 a 25 anos, recrutados via folhetos distribuídos nas clínicas e arredores, e que corriam o risco de desenvolver depressão grave, com base no histórico pessoal ou familiar de depressão clínica. Aqueles com probabilidade moderada de desenvolver depressão grave foram excluídos.

A análise dos resultados foi feita considerando vários itens. De forma geral, todos que completaram a intervenção (8 de 14) demonstraram tendências favoráveis à redução dos fatores de risco, incluindo sintomas depressivos, pensamento disfuncional e apoio social antes e depois da intervenção, o que indica a eficácia da intervenção. A fidelidade da intervenção foi considerada satisfatória, uma vez que 100% dos conceitos centrais dos materiais de referência foram transpostos para o modelo de cuidado, além de serem validados por seus autores originais (VAN VOORHEES et al., 2007).

A motivação dos adolescentes para participar do estudo baseou-se na crença de que a intervenção poderia ser benéfica para prevenir a depressão e aliviar sintomas ou estresse já existentes. Outras motivações incluíram a recomendação por um parente ou amigo, o autoaperfeiçoamento, e também o desejo de evitar um episódio similar àquele apresentado por um parente, além de altruísmo. Apesar da satisfação dos usuários ao reconhecer a facilidade da leitura e a ajuda oferecida pelo programa, dez pessoas disseram que era difícil manter a motivação continuamente até completá-lo porque o mesmo era um pouco longo e repetitivo (VAN VOORHEES et al., 2007).

Em termos do nível de dosagem do tratamento, praticamente todos, exceto um participante, se envolveram no programa da internet e completaram uma média de 7,2

módulos. A média de duração dos módulos principais (TCC e TIP) girou em torno de 45 a 60 minutos cada um. No que tange ao nível de percepção por parte dos pacientes quanto à ajuda proporcionada pela intervenção, as duas entrevistas de atendimento primário, assim como os módulos de autoavaliação e de resiliência receberam as notas mais elevadas (VAN VOORHEES et al., 2007).

Quanto à avaliação do item custos da intervenção, uma medida foi checar o preço que os participantes estariam dispostos a pagar por esse tipo de tratamento, o qual, neste caso, girou em torno da média de U\$ 21,43, valor mais baixo do que despenderiam por um CD especial, e equivalente ao que pagariam (em regime de coparticipação) por duas consultas na APS. Outra forma de avaliar o item foi observar a duração das duas consultas motivacionais, que esteve em torno de 17-18 minutos, tempo semelhante ao de uma visita típica de atendimento primário, que dura em média 15.4 minutos (VAN VOORHEES et al., 2007).

Algumas características influenciaram positivamente na utilização do modelo, tais como: a aliança terapêutica entre os médicos da APS e os jovens, o desejo de muitos pacientes da APS de reduzir os sintomas de depressão de modo natural, sem contato com o especialista em saúde mental, além do baixo custo, privacidade e acessibilidade da internet (VAN VOORHEES et al., 2007).

O experimento também indica que o uso de intervenções mediadas por sistemas computadorizados na APS pode ser viável, bem aceito, efetivo e a um custo relativamente baixo, além de mostrar que equipes multidisciplinares podem transpor complexas intervenções de saúde mental contextualizando-as para perfil dos serviços da APS. Por outro lado, Van Voorhees et al. (2007) concluíram que ainda eram necessários estudos adicionais para solucionar as principais limitações do projeto, relacionadas à falta de um acompanhamento telefônico para dirimir dúvidas e superar obstáculos; à inexistência de ações voltadas para o manejo das reações emocionais surgidas durante a “navegação” na plataforma e em consequência do próprio tipo de tratamento; e a ausência de ações de ativação comportamental como uma estratégia alternativa para reduzir o risco de depressão.

Partindo dos resultados da análise do protótipo descrito por Van Voorhees et al. (2007), Landback et al. (2009) concentraram-se em aperfeiçoar o programa de tratamento, de modo que incorporasse melhorias nos aspectos indicados e, principalmente, que estimulasse a motivação dos adolescentes para aderirem à intervenção, assimilarem o conteúdo do programa e completarem todo o tratamento. Com esse propósito, os autores redesenharam o conteúdo do CATCH-IT, e a apresentação do conteúdo foi enriquecida por um projeto didático “amigável,” com formato esteticamente cativante para o usuário.

A fim de incentivar a participação, foi feita uma melhoria nas ações de cunho motivacional. Assim, no módulo inicial, o usuário passou a preencher um contrato de mudança comportamental e a informar os seus objetivos, de forma a personalizar o conteúdo da intervenção e a torná-lo mais relevante para si mesmo (LANDBACK et al., 2009).

Nesse mesmo módulo, também foi incorporada uma abordagem de mudança comportamental para melhorar a regulação do afeto, objetivando tanto minimizar comportamentos que tendem a aumentar a vulnerabilidade à depressão, como por exemplo, procrastinação, evitação, ruminação, apreciação negativa, estilo de comunicação, quanto estimular aqueles que tendem a ter um papel de proteção, tais como, programação de comportamentos, ativação de rede social, fortalecimento de habilidades relacionais, neutralização de pensamentos negativos (LANDBACK et al., 2009).

Para abordar as reações emocionais negativas que, em alguns casos, emergiam durante a interação com a plataforma, atrapalhando ou mesmo impedindo a progressão do trabalho, foram criadas janelas “*pop up*”, que o usuário poderia consultar, com dicas e conselhos sobre o manejo de sentimentos de tristeza, raiva, ruminação e ansiedade (LANDBACK et al., 2009).

Além de todas essas modificações, a participação foi estimulada, inclusive, através de ligações telefônicas feitas por um assistente social, que visavam a acompanhar a evolução do tratamento e a encorajar o paciente a continuá-lo (LANDBACK et al., 2009).

Adicionalmente, com base num modelo multifatorial de depressão, foi acrescentado um módulo com um programa de treinamento familiar exclusivamente dirigido aos pais. Sabendo que as abordagens preventivas que não levam em conta o contexto familiar tendem a ser menos eficazes do que aquelas que, além da criança, tratam minimamente dos transtornos depressivos dos pais, Landback et al. (2009) adicionaram um módulo que, ao manter os pais informados sobre a intervenção, ajuda a aumentar a resiliência familiar (ex. flexibilidade, atividades compartilhadas, entendimento mútuo), além de também fornecer aos pais alguns exercícios para o desenvolvimento de habilidades parentais interacionais.

Assim como realizado no protótipo, Landback et al. (2009) fizeram um teste piloto com 25 adolescentes para avaliar o novo desenho da intervenção. Entretanto, diferentemente da faixa etária do público atingido por Van Voorhees et al. (2007), que foi de 18 a 24 anos, dessa vez o teste foi direcionado para adolescentes de 14 a 21 anos<sup>16</sup>. A região de recrutamento dos participantes também foi ampliada de duas para dez unidades de APS pertencentes a quatro organizações de saúde diferentes. Outra diferença em relação ao

---

<sup>16</sup> Os autores não explicam porque mudaram o público da intervenção, mas vale notar que a faixa etária da nova intervenção é bem mais jovem.

primeiro teste foi o fato de que cada pessoa recebeu U\$ 100,00, como forma de incentivo à participação.

A testagem revelou que os resultados obtidos pelos adolescentes no uso dessa versão foram superiores àqueles alcançados pelos que utilizaram o protótipo da intervenção em diversos aspectos: maior porcentagem de itens completados, tanto nas entrevistas, quanto na internet; maior satisfação com o componente da internet; dispêndio de mais tempo na parte da internet; maior disposição de indicar o tratamento para outros jovens; maior utilidade percebida para jovens da mesma idade; maior ajuda percebida para identificar “*pensamentos e comportamentos que eu gostaria de mudar*” e para resolver problemas de relacionamento. Além disso, os jovens se mostraram dispostos a pagar um valor maior para usar a nova versão-produto do que a anterior do protótipo (LANDBACK et al., 2009).

Landback et al. (2009) destacam que outro aspecto positivo foi a taxa de participação na intervenção, que ficou em torno de 90%, índice superior aos 35% correspondentes àqueles que completam uma psicoterapia após serem encaminhados pelo clínico da APS.

As conclusões de Landback et al. (2009) quanto ao bom desempenho da intervenção reforçam as mesmas a que chegaram Van Voorhees et al. (2007), ou seja, que essa modalidade é perfeitamente viável, principalmente, quando se consegue cativar o adolescente para participar do tratamento. Sendo assim, Landback et al. (2009) terminam seu estudo fazendo duas recomendações.

A primeira é que os clínicos solicitem aos adolescentes, como forma de preparação para a participação em programas de autoajuda, que reflitam sobre os custos e os benefícios decorrentes de sua condição mental, uma vez que essa reflexão é um componente essencial da entrevista motivacional usada no início da intervenção. A segunda é que as autoridades públicas valorizem modelos de cuidado para a APS que combinem abordagens tradicionais com serviços oferecidos através de uma plataforma automatizada.

### **3 ANALISANDO INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Três eixos (Intervenção + TMC + APS) nortearam a pesquisa realizada com o intuito de reunir o material para esta dissertação, conforme já anteriormente mencionado.

Ao se analisar o conteúdo das referências incluídas em nossa revisão bibliográfica, fica fácil perceber que, para melhor situar o leitor, no Capítulo 1, procuramos traçar um panorama mais geral do campo da APS (definições, objetivos, dados históricos, evolução, etc.) e, mais particularmente, dos TMC, tal como atualmente considerados e inseridos naquele contexto. No Capítulo 2, concentramos a maior parte do material destinado a trazer algumas respostas à grande indagação que motivou este trabalho: “O que é feito do sofrimento psíquico no terreno da APS?”.

Embora nem todos os inúmeros aspectos que poderiam ser revistos tenham sido abordados, ou sequer mencionados, os artigos aqui apresentados contêm contribuições importantes, as quais passamos a examinar e comentar mais detidamente neste Capítulo.

#### **3.1 Considerações iniciais**

Logo de início, foi interessante observar que o volume e a diversidade de referências identificadas foram surpreendentes e superaram as expectativas, principalmente no que se refere à literatura internacional. Entretanto, cabe ressaltar que, com base em nossa experiência no contexto brasileiro, no qual a integração das ações de saúde mental na APS é um processo ainda bem recente, sequer teríamos como esperar resultados como os que de fato encontramos.

Acabamos por selecionar um conjunto de artigos, dos quais uma parte relata experimentos estrangeiros e outra registra iniciativas brasileiras. Em função da objetividade das publicações internacionais, alguns dos aspectos e características gerais que compartilham, tornaram-se facilmente perceptíveis, o que nos levou a resumi-las no Quadro 9.

No que se refere à atualidade da temática, mesmo que a maior parte dos estudos analisados nesta dissertação seja dos últimos cinco anos, no processo do levantamento

bibliográfico percebemos que, aparentemente, a produção científica sobre a abordagem dos TMC na APS começa a surgir por volta do início da década de 90, intensificando-se a partir dos anos 2000 para os dias atuais. As datas de publicação sugerem que o tema vem ganhando importância e visibilidade predominantemente nos últimos vinte anos, à medida que a APS se consolida como um setor de saúde fincado no território e próximo à população, o que confere um caráter de inegável contemporaneidade ao assunto e indica que há um processo de construção de conhecimento científico em pleno curso atualmente.

Supomos, inclusive, que o assunto venha ganhando mais visibilidade ultimamente em consequência da disseminação de princípios e diretrizes gerais referentes às políticas públicas de saúde emitidas por diversos órgãos e instituições nessa área como, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde, assim como autoridades governamentais como o NICE da Inglaterra, o Medicare dos Estados Unidos, e o Ministério da Saúde do Brasil.

A atualidade das pesquisas sobre TMC também pode ser corroborada pela constatação de que uma das palavras-chave selecionadas para a pesquisa não é um descritor do vocabulário MESH da *National Library of Medicine* (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos). Diferentemente dos termos “*mental health*” e “*mental disorders*” também usados na pesquisa da literatura e que são termos do vocabulário controlado MESH, o termo “*common mental disorders*” não é um descritor MESH, o que indica que o mesmo ainda não pode ser utilizado no processo de indexação de artigos científicos. O mesmo aconteceu com o termo “*transtornos mentais comuns*” nas buscas da LILACS/BVS.

Os termos são adicionados ao vocabulário a cada ano, e sua inclusão tem origem na quantidade de vezes em que aparecem nos artigos indexados. Ou seja, é a literatura publicada que vai propondo novos descritores, que também podem ser sugeridos pelos usuários, ao passo que o grupo deliberativo vai fazendo as adições na base<sup>17</sup>. De modo que, se não há um descritor MeSH para “*common mental disorders*”, é provável que o volume de pesquisas nessa área não seja significativo a ponto de se adicionar um termo novo e, por isso, o tema ainda é indexado sob alguma categoria mais geral.

Ainda no processo de levantamento das referências, levando-se em consideração que o foco da presente dissertação recai sobre as modalidades de cuidado apoiadas em intervenções não medicamentosas, nas quais o cuidado é centrado em ações relacionais baseadas no manejo do vínculo médico-paciente, na primeira estratégia de pesquisa da bibliografia

---

<sup>17</sup> Os critérios de inclusão de termos descritores na base de dados encontram-se disponíveis em: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html> e em <http://decs.bvs.br/P/decsweb2012.htm>, acesso em: 29/03/2012.



preferimos usar os termos “*abordagem*”, “*método*”, “*intervenção*” e “*terapia*”, por julgar que tais termos seriam mais adequados para descrever ou nomear formas de assistência psicossocial do que o termo “*tratamento*”, que supomos designar mais especificamente modos de intervenção apoiados na farmacologia.

Entretanto, verificamos que o resultado das buscas usando o termo “*tratamento*” trouxe à luz artigos muito mais pertinentes e relevantes do que aqueles recuperados com os outros termos mencionados. Diante do fato, poderíamos seguir adiante adotando condutas de acordo com duas perspectivas distintas: 1) trabalhar apenas com o resultado das buscas feitas com os termos “*abordagem*”, “*método*”, “*intervenção*” e “*terapia*”; 2) refinar a estratégia de pesquisa incluindo o termo “*tratamento*”, a fim de obter artigos relevantes, e refletir sobre o significado dessa decisão. Então, com o intuito de enriquecer esta revisão da literatura, consideramos praticamente mandatório adotar também tal termo na etapa final do levantamento bibliográfico.

Adotar o termo “*tratamento*” nos fez refletir sobre o escopo da base bibliográfica MEDLINE. Originalmente voltada para o campo biomédico em geral (medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins), essa base contempla também a Saúde Pública (ALPI, 2005). Entretanto, cogitamos que haver elegido prioritariamente a MEDLINE pode ter restringido ou, talvez, até mesmo enviesado nossos resultados. Ou seja, os artigos identificados não representam a totalidade das publicações existentes sobre nossa temática, o que poderia ter sido atenuado pela consulta a outras bases de interesse da Saúde Pública que indexem as produções das Ciências Humanas e/ou Sociais, tais como PsycINFO, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, cuja abrangência foi bem delineada por aquele autor (ALPI, 2005).

Com relação aos idiomas de publicação, apesar de termos optado por espanhol, francês, inglês, italiano e português, praticamente cem por cento das referências recuperadas encontravam-se em inglês. Isso confirma que, mesmo a MEDLINE sendo uma base de dados de literatura internacional, que reúne artigos de 70 países do mundo segundo mencionado na seção Metodologia, o idioma inglês parece dominar a produção científica cadastrada nessa base. Fenômeno semelhante foi observado com a preponderância do idioma português nas consultas à base LILACS.

Quanto aos locais em que ocorreram as pesquisas, constatamos haver uma disseminação geográfica da produção científica sobre TMC na APS, uma vez que foram encontrados artigos descrevendo estudos feitos em várias partes do mundo. Da América Latina, os resultados concentram-se apenas no Chile (ARAYA et al., 2001; 2003) e no Brasil (MELLO; MARI, 2004; FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; FORTES et al., 2011), ao

passo que Estados Unidos reúnem a maior parte dos achados da América do Norte (SCHULBERG et al., 2007; VAN VOORHEES et al., 2007, LANDBACK et al., 2009). Da Europa, verificamos uma grande quantidade de publicações no Reino Unido (LEWIS AT AL., 1996; THOMAS et al., 2004; KENDRICK et al., 2006; COULL; MORRIS, 2011; CRAMER et al., 2011; LUCOCK et al., 2011), assim como na Escandinávia (AL-WINDI, 2005; HOIFODT et al., 2011), Alemanha (LINDE et al., 2011), e Holanda (VAN SCHAIK et al., 2007; FELTZ-CORNELIS et al., 2010). Da Ásia, foram identificadas referências da China (LIU et al., 2007), Índia (PATEL et al., 2010; 2011), Tailândia (LOTRAKUL; SAIPANISH, 2006). Já da Oceania, recuperaram-se estudos da Austrália (JUDD et al., 2004; VINES et al., 2004; RICHARDS et al., 2005; WHITEFORD, 2008) e Nova Zelândia (THE MaGPIe RESEARCH GROUP, 2005). Da África, por sua vez, foram levantados registros de África do Sul (BRADSHAW; MAIRS; RICHARDS, 2006; PETERSEN et al., 2011), Tanzânia (NGOMA; PRINCE; MANN, 2003; MBATIA; SHAH; JENKINS, 2009), Uganda (BASS et al., 2006) e Zimbábue (CHIBANDA et al., 2011).

Além disso, percebemos uma possível correlação das características do público pesquisado nas intervenções com o perfil populacional da área geográfica em que ocorrem. Assim, enquanto encontramos artigos de países do “velho mundo” tratando de TMC basicamente em idosos (ex. VAN SCHAIK et al., 2007), no caso do “novo mundo”, em particular dos Estados Unidos, além daquelas também voltadas para adultos e idosos (SCHULBERG et al., 2007), identificamos investigações direcionadas para o público mais jovem (VAN VOORHEES et al., 2007; LANDBACK et al., 2009).

Em função da recorrência de determinadas temáticas em certas regiões do mundo, verificamos a existência de outra possível correlação entre a densidade tecnológica presente nas intervenções e o perfil de desenvolvimento social e econômico da localidade em que as pesquisas são feitas. Assim, enquanto o uso de trabalhadores leigos com baixo índice de escolaridade vem sendo valorizado em várias pesquisas de países subdesenvolvidos do terceiro mundo, tais como Uganda (BASS et al., 2006), Zimbábue (CHIBANDA et al., 2011), a aplicação de sistemas informatizados no campo da saúde aparece mais frequentemente em artigos provenientes de sociedades altamente industrializadas e desenvolvidas, tais como o Reino Unido (LEWIS et al., 1996; THOMAS et al., 2004) e os Estados Unidos (ex. VAN VOORHEES et al., 2007; LANDBACK et al., 2009).

No que se refere à argumentação defendida nos artigos estrangeiros, alguns aspectos comuns se destacaram. Em primeiro lugar, notamos que, de modo geral, os autores ressaltam a alta prevalência dos TMC, bem como reiteram a escassez de tratamentos oferecidos para

esses quadros na APS como justificativa para a realização de suas pesquisas. Em segundo lugar, observamos que compartilham do objetivo de levantar evidências científicas que justifiquem o uso de intervenções psicossociais como forma de tratamento aos TMC, seja como alternativa ou complemento à farmacologia. Além disso, vimos que, de modo geral, os artigos não chegam a conclusões definitivas e quase sempre terminam com os cientistas sugerindo a realização de estudos adicionais para corroborar ou mesmo negar seus achados sobre a eficácia ou o custo-efetividade das intervenções.

Essas observações nos fizeram ver que é muito frequente a citação cruzada entre os autores do campo, isto é, reparamos que os trabalhos já publicados vão sendo citados nos trabalhos mais recentes, que, por sua vez, passam a ser citados nas últimas produções. Isso, por sua vez, ensejou outras observações interessantes relativas à autoria das pesquisas.

Notamos, por exemplo, que, mesmo contando com a participação de profissionais da saúde mental, praticamente todos os artigos do exterior foram escritos por autores médicos, segundo um ponto de vista médico, o que, talvez, seja justificável pelo fato de ser o médico o primeiro e o principal ponto de contato do paciente com o serviço da APS e, ainda, por estarmos usando como base a MEDLINE.

Apesar de, inicialmente, termos tentado privilegiar a escolha de trabalhos de cientistas distintos, verificamos *a posteriori* casos de autores participando da realização de vários estudos. Isso ocorreu, por exemplo, nas pesquisas sobre intervenções mediadas por sistemas computadorizados em que Benjamin Van Voorhees publicou o estudo sobre a fase inicial do Projeto CATCH-IT (VAN VOORHEES et al., 2007) e também esteve presente na segunda fase do projeto, conforme atesta o estudo Landback et al (2009). Já Glyn Lewis participou tanto do artigo de Lewis et al. (1996), quanto da produção de Thomas et al. (2004); sendo ainda coautor do estudo de Araya et al. (2001) sobre TMC no Chile.

Além disso, alguns pesquisadores chamam a atenção pela frequência tanto com que figuram como autores de vários artigos que selecionamos, quanto com que são referenciados na bibliografia de outros pesquisadores. Nesse caso, dentre outros, sobressaem-se principalmente dois pesquisadores: Ricardo Araya e Vikram Patel que, além de estudarem, respectivamente, os cenários de saúde mental chileno e indiano, participam de uma série de pesquisas em vários países. Enquanto Ricardo Araya esteve envolvido nos trabalhos Araya et al. (2001; 2003), Chibanda et al. (2010), Cramer et al. (2011), Patel et al. (2010; 2011), o pesquisador Vikram Patel trabalhou em publicações, tais como, Patel et al. (2003; 2009; 2010; 2011), Patel e Kleinman (2003), Prince et al. (2007).

Assim, constata-se que, mais do que publicar pesquisas sobre intervenções de saúde mental na APS, esses autores vêm, aparentemente, liderando pesquisas sobre esse assunto. Consequentemente, supõe-se que sejam autoridades de referência nesse campo e que seus trabalhos reúnam achados científicos que, ao serem agregados, formam uma plataforma de argumentos que parecem nortear as discussões sobre as melhores práticas de saúde mental não só em seus países de origem, mas também em outras partes do mundo.

Já no Brasil, sobressaem-se Ana Bernarda Ludermir, Jair Jesus de Mari, Marcelo Feijó de Mello e Sandra Fortes analisando a prevalência, os condicionantes sociais e o tratamento de TMC no contexto local.

Especificamente nas publicações sobre Terapia Comunitária, três enfermeiras também se destacam pela participação em diversos estudos. Verificamos que a docente da Universidade Federal da Paraíba, Maria Oliveira Ferreira Filha, além de assinar trabalhos de sua própria autoria (FERREIRA FILHA et al., 2009; FERREIRA FILHA; CARVALHO 2010), também aparece nos seguintes trabalhos: Andrade et al. (2010), Cordeiro et al. (2011), Rocha et al. (2009). Docente da mesma universidade, Maria Djair Dias, por sua vez, aparece como coautora em Andrade et al. (2010) e em Ferreira Filha et al. (2009). Já Fábria Andrade publicou sua dissertação de mestrado de 2009, sendo autora principal de Andrade et al. (2010) e coautora de Rocha et al. (2009).

Concluindo as observações sobre a autoria dos artigos, levando em consideração que há cientistas participando de várias pesquisas, e que, além do cruzamento de informações, ocorre também a citação cruzada das obras referenciadas na bibliografia de cada trabalho, é plausível dizer que esse processo de reiteração contínua de informações por publicações distintas parece estar gerando não só a formação de um corpo de conhecimento sobre o assunto, mas também um consenso com relação à necessidade de abordar os TMC. Nesse sentido, parece emergir desse processo um discurso sobre as práticas a serem adotadas na APS, que ainda é não totalmente uniforme, talvez, apenas porque os resultados de muitas intervenções não sejam conclusivos.

Finalmente, no que concerne ao tipo de metodologia utilizada nos trabalhos analisados, verifica-se um contraste entre as publicações estrangeiras e as nacionais. Assim, de um lado, observamos que, salvo algumas exceções, os artigos da literatura estrangeira são fortemente calcados em desenhos epidemiológicos, como ensaio clínico controlado, estudo de coorte ou revisão sistemática incluindo metanálise. De outro lado, os artigos nacionais apresentam, quase exclusivamente, estudos qualitativos envolvendo entrevistas, grupos focais e observação participante.

Talvez como decorrência direta da metodologia utilizada, observamos que o tipo de linguagem empregada nos artigos também é bastante distinto. Se, por um lado, nos artigos estrangeiros, predomina uma linguagem técnica, descritiva e objetiva que envolve uma série de análises estatísticas detalhadas, por outro lado, nos artigos nacionais, destacam-se as avaliações de cunho valorativo que, por sua vez, trazem um vocabulário de caráter mais apreciativo e, portanto, também mais subjetivo.

A partir desses estudos, constata-se que há a possibilidade de se apreender a realidade de dois modos bem distintos. Um modo que tende a coletivizar os comportamentos e a generalizar a análise, a fim de privilegiar a reprodução científica dos dados, e outro modo que, contrariamente, tende a singularizar os comportamentos e a particularizar as respostas, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre uma determinada questão. Assim, se as discussões dos artigos estrangeiros primam pela objetividade, deixam de lado os aspectos qualitativos e, em contrapartida, nos trabalhos nacionais, acontece justamente o contrário.

Terminada a análise dos aspectos e características mais gerais e facilmente perceptíveis, passamos a refletir sobre o conteúdo tão rico e variado da literatura analisada. Ainda que muitas observações interessantes tenham emergido durante a leitura dos artigos, destacamos a seguir alguns dos tópicos que consideramos mais relevantes para a discussão da temática das Intervenções Psicossociais para os TMC na APS.

### **3.2 Considerações sobre as modalidades terapêuticas**

A classificação das modalidades terapêuticas foi um dos primeiros pontos a nos demandar alguma consideração. Logo de saída, a abordagem teórica utilizada nas intervenções, bem como as características do papel do terapeuta e a intensidade de seu contato com o paciente foram tomadas como base para a divisão apresentada no Capítulo 2 (Intervenções Psicossociais para TMC na APS).

Assim, no grupo das intervenções com arranjo tradicional face a face, alocamos aquelas em que paciente e profissional (devidamente graduado e capacitado) encontram-se regularmente por certo período de tempo, e no qual o terapeuta tem a função de conduzir a abordagem, como ocorre, por exemplo, na TIP, na TCC, na TSP, na Terapia Comunitária e nas grupoterapias baseadas em outros modelos teóricos. No outro grupo, o das intervenções

com arranjos diferenciados, ficaram os experimentos em que a frequência do contato com o profissional é reduzida, além de seu papel ser mais aquele de facilitar o tratamento do que propriamente o de liderá-lo, como nas intervenções com o uso de mão de obra leiga em saúde, no suporte ao autocuidado, nos sistemas automatizados ou nos pacotes de tratamento informatizados oferecidos via internet.

Somente após concluir toda a revisão, entretanto, tornou-se fácil constatar que, do ponto de vista metodológico, os modelos teóricos da Terapia Interpessoal, da Terapia Cognitivo-comportamental e da Terapia de Solução de Problemas acabam sendo usados tanto para embasar as intervenções que classificamos no enquadre tradicional face a face, quanto para subsidiar o desenvolvimento daquelas com arranjos diferenciados, além de originarem múltiplos desdobramentos.

Observamos, por exemplo, que, adotada no tratamento de idosos por Van Schaik et al. (2007) na Holanda, bem como em dois experimentos envolvendo terapeutas leigos, o de atendimento grupal em Uganda (BASS et al., 2006) e do Projeto MANAS na Índia (PATEL et al., 2010; 2011), a modalidade da Terapia Interpessoal vem sendo adaptada para uma versão ainda mais compacta denominada Aconselhamento Interpessoal, conforme relataram Judd et al. (2004), além de ter sido usada no PROJETO CATCH-IT como fundamentação teórica para embasar o pacote de intervenção terapêutica oferecido via internet descrito por Van Voorhees et al. (2007) e Landback et al. (2009).

A Terapia Cognitivo-comportamental usada no experimento grupal de Cramer et al. (2011) na Inglaterra, além de aparece também como base teórica de abordagem clínica em uma série de estudos analisados tanto na revisão de Hoifodt et al. (2011), quanto na revisão sistemática de Coull e Morris (2010). Nesses dois últimos artigos, inclusive, fica nítido que, ao lado da aplicação no tradicional formato face a face, os princípios da Terapia Cognitivo-comportamental vêm inspirando outras formas de tratamento como o suporte à autoajuda/autocuidado. Adicionalmente, da mesma forma que a TIP está presente na plataforma informatizada CATCH-IT, verificamos também módulos apoiados na TCC.

Originária da TCC (KNAPP; BECK, 2008), a Terapia de Solução de Problema, por sua vez, foi o substrato teórico tanto para a pesquisa chinesa de Liu et al. (2007), quanto para o projeto de Chibanda et al. (2011) em que foi aplicada por trabalhadoras leigos no Zimbábue, e, ainda, para o ensaio clínico randomizado analisado por Kendrick et al. (2006).

Apesar de termos ciência de práticas de cuidado envolvendo ferramentas como o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular, o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010), na pesquisa bibliográfica realizada

apareceram apenas as intervenções grupais e a Terapia Comunitária, que, coincidentemente, também é realizada em grupo. Assim, vale assinalar que a Terapia Comunitária destaca-se como um modelo *made-in* Brasil, isto é, um modelo especialmente desenvolvido por profissionais brasileiros (BARRETO, 2005), que vem sendo empregado em escala nacional na ESF, uma vez que, nos últimos três anos, o Ministério da Saúde já formou mais de 1.500 profissionais (GONÇALVES et al., 2012).

No que tange o emprego das modalidades terapêuticas no âmbito da APS, alguns outros aspectos chamaram nossa atenção. Por um lado, observamos a transferência daquelas tecnologias “mais clássicas”, cuja eficiência e eficácia já vêm sendo enfaticamente testadas e, aparentemente, comprovadas em outros setores da saúde, como a clínica privada ou as unidades especializadas de saúde mental. Nesse sentido, há tentativas de transpor a TIP, a TCC e a TSP para a APS, buscando-se adequá-las às características específicas desse contexto. Por outro lado, vemos surgir iniciativas de criar novas sistemáticas de cuidado experimentando-se abordagens inovadoras como a Terapia Comunitária e a do modelo de delegação de tarefas para mão de obra leiga, além daquela de desenvolver tecnologias até então inusitadas nesse contexto, como as plataformas digitais de intervenção automatizadas.

Constatamos, ainda, que, de modo geral, as intervenções psicossociais fornecidas na APS tendem a ser mais breves do que aquelas oferecidas nos serviços especializados (Cape et al., 2010), além de serem bastante estruturadas, contendo, frequentemente, um manual de aplicação e um plano de ação definido.

Ainda que, à primeira vista, a aplicação dessas intervenções possa ser feita por profissionais de qualquer especialidade (clínico, psiquiatra, psicólogo, assistente social) e, em alguns casos, até mesmo por trabalhadores leigos em alguns casos, dependendo apenas, supostamente, do terapeuta receber um treinamento específico sobre as formas de conduzir e operacionalizar o tratamento, nos estudos analisados, foram encontradas realidades distintas com relação ao responsável por desempenhar os cuidados primários de saúde mental.

Em alguns artigos, a responsabilidade pelos cuidados primários de saúde mental é do profissional de saúde mental, ao passo que em outros é do clínico geral. Isso indica que o cuidado pode ser provido tanto pelo especialista, quanto pelo médico generalista, demonstrando que existe um debate quanto à melhor instância profissional para se iniciar os cuidados de saúde mental. Somando-se a isso, alguns autores assinalam que, sendo o clínico geral o primeiro ponto de contato na rede de saúde, ele deve responsabilizar-se por esse cuidado básico, enquanto que, em contrapartida, outros afirmam que o clínico já está

devidamente sobrecarregado de tarefas e não tem tempo para fazê-lo, o que alimenta ainda mais as discussões sobre a quem cabe tal responsabilidade.

O modelo de cuidado escalonado parece surgir justamente diante da sobrecarga de trabalho dos profissionais, da escassez de recursos humanos, e de outras dificuldades do sistema da APS frente à demanda assistencial da população do seu território adscrito. Nesse modelo, a presença dos profissionais mais graduados, seja o clínico geral ou os profissionais de saúde mental, é reduzida ao mínimo possível, a fim de otimizar os recursos disponíveis e de contrabalançar o desequilíbrio entre a oferta do sistema e a demanda dos pacientes.

No entanto, evidenciou-se a existência de controvérsias na organização desse modelo quanto à forma de compor o tratamento. Alguns autores advogam que as intervenções breves podem ser eficazes como o primeiro recurso de cuidado, ao passo que outros afirmam que essas devem ser oferecidas num segundo momento do tratamento, podendo ser ministradas como complemento ou como alternativa ao tratamento usualmente já fornecido pelo clínico geral de referência do paciente, sendo consensual entre médicos e pacientes de que é uma boa opção de tratamento para aqueles que não gostam de ingerir medicamentos.

De modo geral, percebemos um contraste entre o estágio das discussões sobre saúde mental na APS no âmbito internacional e no cenário local. Verificou-se que, no exterior, a integração da saúde mental na APS é um processo em consolidação e há crescente “tecnificação” das intervenções psicossociais, enquanto, no Brasil, a aproximação da APS com a ESF é recente e não há um padrão de atuação consolidado.

Ao descrever o funcionamento de várias modalidades de abordagem, comparar o resultado entre intervenções diferentes, analisar a efetividade e a relação custo benefício das mesmas e pesquisar o desenvolvimento de modelos de cuidado avançado, notamos que a grande maioria dos autores estrangeiros parece não ter dúvidas quanto aos benefícios de disponibilizar assistência de saúde mental integrada à atenção primária.

A complexidade dos estudos realizados em países desenvolvidos que comparam o desempenho de diferentes intervenções aponta para um refinamento das pesquisas no sentido de buscar julgar qual terapêutica é mais adequada para determinada população ou condição mental e de averiguar qual abordagem apresenta maior eficácia e/ou efetividade.

A pesquisa de Van Schaik et al. (2007) sobre TIP pode ser uma ilustração direta desse refinamento em curso. Inicialmente criada para tratar pacientes com depressão grave, a eficácia da TIP atualmente vem sendo avaliada em subgrupos populacionais cada vez mais bem delimitados, assim como se tem tentado discriminar cada vez mais claramente o perfil dos estados mentais para os quais essa terapêutica é mais indicada. No mesmo sentido, as



recomendações de Hoifodt et al. (2011) também denotam um aprofundamento cada vez maior das informações quando sugerem que futuras investigações devem procurar determinar a duração e os componentes do tratamento que justificam a eficácia de um tratamento, bem como a quantidade necessária de contato presencial com a pessoa do terapeuta para se obter resultados positivos de acordo, inclusive, com o tipo de transtorno mental do paciente.

Em função do aparente consenso relativo à validade desse tipo de cuidado, depreende-se que, em alguns países, a integração entre a saúde mental e a APS é um processo de amadurecimento e que, em outros, esse processo já deve estar plenamente consolidado. Consequentemente, verificamos que, no exterior, os pesquisadores estão em busca de estabelecer as “*best practices*” (melhores práticas) para se realizar as intervenções terapêuticas.

Destoando do contexto internacional, no Brasil, as discussões acadêmicas e científicas encontram-se em outro estágio. Apesar de, recentemente, o Ministério de Saúde haver publicado diretrizes sobre a integração da saúde mental na atenção básica (primária), de modo geral, a análise de algumas publicações sugere que a argumentação principal dos autores gira em torno de convencer autoridades, profissionais, serviços, instituições e demais instâncias a respeito da necessidade de se implantar os cuidados primários em saúde mental.

Diante disso, é possível dizer que, enquanto as autoridades dos países do “primeiro mundo” assumiram essa prática e estão testando diferentes formas de intervenção, localmente, o debate está em fase de construir uma massa crítica de informações e de formar a opinião dos envolvidos nesse campo.

Assim sendo, inferimos que, do ponto de vista de um cientista estrangeiro, poderíamos pensar que as discussões nacionais sobre a integração da saúde mental na APS estão atrasadas em relação a incorporar a argumentação reiterada no contexto mundial. Porém, pela ótica de um pesquisador do campo da Saúde Coletiva, podemos pensar que as peculiaridades do contexto local exigem que, por aqui, a dinâmica de aproximação entre essas duas áreas seja diferente, uma vez que há uma diversidade de atores como, por exemplo, Merhy (2002), que questionam a “tecnificação” do cuidado.

### 3.3 Considerações sobre delegação de tarefas para mão de obra leiga

O perfil dos terapeutas é considerado um fator crítico para o êxito de programas que utilizam trabalhadores leigos. Nos projetos de Chibanda et al. (2011) e Cramer et al. (2011), a exigência de já possuírem certa familiaridade com o contexto social da região em que iriam atuar acarretou a contratação de facilitadores que ocupavam uma posição de confiança na comunidade. A análise desses experimentos indica que isso confere credibilidade às intervenções em saúde porque a assistência de pessoas respeitadas pela comunidade e vistas como sábias e confiáveis pode diminuir o estigma em torno da saúde mental e aumentar a aceitabilidade das ações de cuidado.

Vale lembrar que, no Brasil, esse perfil de trabalhador é análogo àquele dos agentes comunitários de saúde (ACS) da ESF, pois um dos requisitos do Ministério de Saúde é que o agente comunitário resida há pelo menos dois anos na comunidade onde atua (MS, 2004), com a finalidade de garantir o conhecimento por parte do ACS dos problemas de saúde da população local. Tal requisito, por sua vez, baseia-se no fato de que o ACS partilha o mesmo contexto social e cultural, além do mesmo universo linguístico da população à qual dará assistência, facilitando, assim, a identificação dos fatores intervenientes no adoecimento e o desenvolvimento de estratégias eficazes de educação para a saúde (NUNES et al., 2002).

Esses mesmos autores explicam que o ACS tem um papel intrigante por estar no meio de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos, além de ocupar uma posição de caráter híbrido e polifônico.

O fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro em que mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Essa posição particular nos fez formular a hipótese de que o caráter híbrido e polifônico desse ator o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho para essa mediação (idem, p. 1640).

Identicamente, citando Nogueira et al. (2000), o Ministério da Saúde (2004, p.9) diz que o agente comunitário de saúde desempenha um papel de mediador social, sendo considerado:

um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

De modo que o ACS desempenha um movimento bidirecional em que, de um lado, informa à população o modo de fazer estabelecido pelo sistema médico oficial e, de outro lado, fornece aos profissionais de saúde informações importantes para a compreensão dos problemas e necessidades de saúde da população.

A crescente utilização de trabalhadores leigos como paliativo para contornar a vulnerabilidade das condições sociais e compensar a escassez de recursos humanos do sistema de saúde está se tornando uma prática recomendada (PATEL et al., 2010). Evidentemente que o uso de mão de obra leiga tem vantagens e viabiliza intervenções que, de outro modo, jamais seriam possíveis. Mas convém alertar que tornar esse arranjo um modelo ideal de atuação tem riscos e problemas decorrentes do próprio modelo, os quais podem afetar o resultado das ações de saúde e que, por isso, merecem ser mais explorados.

Por exemplo, em sua pesquisa, Nunes et al. (2002) identificam que ocupar esse lugar de mediação entre o saber popular e o saber científico tem implicações tanto positivas, quanto negativas. Se, por um lado, essa posição pode conferir prestígio social ao ACS, já que ele passa a dominar um conhecimento percebido como pertencente a uma escala superior na hierarquia de saber e, também, a ter acesso privilegiado à rede de serviços e a outros profissionais de saúde, por outro lado, pode ser uma fonte de ansiedade para o ACS, devido a conflitos e/ou disputas de poder que podem surgir na interação com os outros profissionais da equipe, seja por causa da operacionalização das ações no campo, seja em função das condições de trabalho, diferenças salariais, etc.

Outra questão importante é o quanto esses profissionais estão cientes de que o conhecimento que possuem é fundamental para a transformação das condições de saúde da população, assim como o quão abertas estão as equipes de saúde para incorporar esse conhecimento. Nunes et al. (2002) chamam a atenção para o fato de que, em alguns casos, a atuação do ACS pode reduzir toda a complexidade presente no núcleo de histórias e cultura da população porque:

o objetivo de conduzir a população a “hábitos e estilos de vida saudáveis”, leva a uma total normatização da vida, que passa a ser encarada a partir de bons e maus comportamentos, e de pessoas mais dóceis e obedientes que se distinguem de outras mais indisciplinadas e problemáticas. Os critérios para que os agentes classifiquem as pessoas da sua comunidade de origem de forma positiva ou negativa passam a ser exclusivamente guiados pelas recomendações biomédicas, sem que haja um esforço de contextualização ou de reflexão. As verdades científicas passam a produzir verdades sobre corpo, alma e mente (IDEM, 2002, P. 1643).

Em outros casos, pelo estreito contato com a realidade local, a presença do ACS ajuda a aumentar a sensibilidade da equipe de saúde para com as diferenças sociais e culturais que ajudam a desenvolver dinâmicas favoráveis à miscigenação cultural em que ocorre a

introdução de tecnologias médicas populares na melhoria das intervenções de cuidado. Além disso, a figura desse trabalhador também se encontra numa interseção em que demandas paradoxais se cruzam. Enquanto a comunidade o inscreve numa interação mais informal, imersa na própria dinâmica comunitária das relações interpessoais e/ou das trocas sociais do grupo em que vive, a equipe de saúde espera dele um desempenho mais técnico e pedagógico (NUNES et al. 2002).

Nesse sentido, pode-se dizer que o perfil híbrido desse tipo de mão de obra - conhecedor da realidade local e treinado a partir de referenciais biomédicos - gera uma série de ambiguidades que, por sua vez, trazem à tona uma discussão quanto à sua potencialidade de atuar, seja apenas como mais um veículo de reprodução da conduta normativa do modelo biomédico, seja como um verdadeiro canal de diálogo entre o saber popular e o saber técnico no caminho de possibilitar a transmissão de uma perspectiva ampliada voltada para aumentar o exercício da cidadania das pessoas.

Merece destaque também a população para quem esse modelo é direcionado, pois percebemos, por exemplo, que o mesmo foi, coincidentemente, adotado em regiões mais degradadas ou carentes da cidade e para o atendimento de pessoas menos favorecidas socioeconomicamente (CRAMER et al., 2011), bem como em países do terceiro mundo (ARAYA et al., 2003; CHIBANDA et al., 2010; PATEL et al. 2010; 2011).

Ficou nítido ainda que, apesar de Cramer et al. (2011) usar terapeutas leigos em unidades primárias na Inglaterra, a maioria dos trabalhos de países desenvolvidos discutem intervenções conduzidas diretamente por profissionais graduados (KENDRICK et al., 2006; VAN SHAIK et al., 2007; HOIFODT et al., 2011; LEWIS et al., 1996; THOMAS et al., 2004; VAN VOORHEES et al., 2007; LANDBACK et al., 2009), ao passo que estudos feitos em países em desenvolvimento, especialmente na América do Sul e na África, empregam mão de obra de trabalhadores leigos ou de profissionais não especialistas em saúde mental (ARAYA et al., 2003; BASS et al., 2006; CHIBANDA et al., 2011; PATEL et al., 2010; 2011).

Considerando esses achados, questionamos se, no caso da Inglaterra, direcionar as atividades dessa forma não implica em discriminar o público atendido e em replicar a ideia de uma APS seletiva feita para pobres, conforme exposto no Capítulo 1. Além disso, assumir o uso de trabalhadores com baixo índice de escolaridade e tecnicamente menos qualificados como forma de substituir aqueles graduados pode gerar uma sobrecarga de trabalho para os especialistas que permanecem como referência na rede de saúde e também contribuir para a degradação do quadro de recursos humanos e para a precarização das relações de trabalho, porque há riscos de os gestores passarem a custear apenas trabalhadores de menor

qualificação técnica, em vez de investir na contratação e desenvolvimento de profissionais qualificados.

Contrariamente, no caso de países africanos em que a situação socioeconômica é problemática, os serviços de saúde são ínfimos e os recursos humanos principalmente de saúde mental são quase inexistentes, este arranjo apresenta-se pragmaticamente como uma forma de aumentar o acesso ao sistema de saúde e à assistência de saúde mental.

É importante ressaltar que, em ambos os casos, a delegação de tarefas para leigos disponibilizando atenção diretamente no território poder ocasionar o aumento da identificação de casos de saúde mental, o que, por sua vez, pode sobrecarregar os clínicos e profissionais de saúde mental disponíveis nesses locais e, portanto, prejudicar a qualidade da assistência. Isso indica que, mesmo que se adote a mão de obra leiga, não é possível prescindir dos profissionais devidamente graduados, muito pelo contrário, o aumento do volume de atendimentos decorrentes do próprio modelo exige manter um quadro de profissionais qualificados na retaguarda dos serviços.

Comparando-se o trabalho de um terapeuta de nível superior com aquele realizado por um terapeuta leigo, vale notar que a intervenção feita com mão de obra leiga não substitui de forma alguma o trabalho de um especialista nos casos em que isso é necessário. Porém, independentemente de discutir qual categoria pode obter melhores resultados, não se pode deixar de considerar que esse tipo de trabalhador é capaz de realizar atividades que são promotoras de saúde mental.

Nesse sentido, entendemos haver espaço para ambos os perfis na assistência de saúde mental desde que os objetivos da atuação de cada um sejam estabelecidos de acordo com o seu nível de formação educacional, qualificação técnica, e preparo profissional, além das características pessoais como, por exemplo, a familiaridade com o contexto social da população atendida.

### 3.4 Considerações sobre tecnologia e vínculo

O tipo de tecnologia empegada nas modalidades terapêuticas é um ponto fundamental que merece ser comentado. Minayo (2011, p. 3030) ensina que as tecnologias são ações humanas objetivadas, isto é:

são instrumentos e meios desenvolvidos pelas sociedades para solucionar seus problemas e promover seu bem estar, assim como também podem ser usadas para oprimir ou dominar. Como criações humanas as tecnologias tomam o rumo e a orientação que as pessoas e as sociedades lhes dão.

Merhy (2002), por sua vez, definiu que as tecnologias envolvidas nas ações de trabalho em saúde podem ser classificadas em: leves, leve-duras e duras. Enquanto as últimas correspondem a produtos materiais, artefatos, instrumentos e equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais, as tecnologias leve-duras estão associadas a saberes bem estruturados como a clínica médica, a epidemiologia, a psicanálise. Já as chamadas tecnologias leves compreendem as relações pessoais, como a produção de vínculos, a autonomização e o acolhimento, que podem englobar práticas relacionais, comunicacionais, de promoção, de apoio, de gestão e de avaliação, discutidas, experimentadas e avaliadas, incorporando experiências e avanços do conhecimento científico das ciências sociais e humanas.

Para Minayo (2011), apesar da presença maciça de máquinas e produtos químicos e biológicos, no setor de saúde, as tecnologias leves são essenciais não só para mediar, de forma humanizada, todos os tipos de artefatos que se interpõem entre a pessoa do profissional de saúde e a pessoa do paciente, quanto para tornar os cuidados mais eficientes, eficazes e efetivos, o que torna a participação humana e relacional no trabalho de saúde imprescindível para se ir muito além daquilo que as máquinas podem fazer.

Tudo isso nos levaria a pensar que, em intervenções psicossociais baseadas no manejo da relação médico-paciente, as tecnologias leves teriam um papel absolutamente essencial e quase que preponderante. Contudo, não pudemos deixar de reparar que a produção científica, principalmente aquela internacional, parece incorporar tecnologias leve-duras, na medida em que utiliza conhecimentos bem estruturados da Epidemiologia. O próprio perfil metodológico de cunho quantitativo das pesquisas identificadas, o uso maciço de instrumentos de avaliação clínica, e a “protocolização” das intervenções psicoterápicas parecem servir de confirmação.

Outro aspecto no mínimo intrigante é a quantidade e a multiplicidade de instrumentos utilizados na grande maioria das intervenções estrangeiras para identificar a existência de

TMC e avaliar o grau de severidade dos mesmos. As perturbações são medidas e aparecem objetivadas e esquadrihadas através de vários instrumentos de detecção e/ou escalas de avaliação diagnóstica distintas, tais como, dentre outros, *Hopkins Symptom Checklist*, *Questionário de Sintomas de Shona*, *Patient Health Questionnaire*, *Beck Anxiety Inventory*, *Short Form-12 Questionnaire*, *General Health Questionnaire*, *Clinical Interview Schedule Revised*, os quais, a título de informação ao leitor, são listados no levantamento do Quadro 10.

Também contribui para a padronização e a “tecnificação” do cuidado a rigidez quase protocolar de algumas modalidades terapêuticas. Terapia Interpessoal, Terapia Cognitivo-comportamental e Terapia de Solução de Problemas, por exemplo, caracterizam-se pelo formato estruturado, que inclui um manual de aplicação, um número determinado de sessões e um plano de tarefas definido a ser executado pelo terapeuta em cada atendimento.

Especificamente no caso do grupo das intervenções envolvendo o uso de sistemas e plataformas digitais, ocorre, inclusive, o entrecruzamento de tecnologias leves, leves-duras e duras, uma vez que, além do atendimento clínico feito pelo profissional, essas intervenções utilizam equipamentos e recursos informatizados que são programados para desempenhar atividades automatizadas. A emissão de relatórios pré-configurados contendo recomendações clínicas a serem seguidas pelo médico, ou a própria administração do tratamento através de um pacote de ações computadorizadas pré-programadas, são exemplos marcantes.

Mesmo entendendo que, para ser resolutivo, o sistema público de saúde precisa de protocolos de conduta clínica para o atendimento à população em geral, e apesar de reconhecer que muitos problemas podem ser resolvidos com uma intervenção breve, cogitamos se não há a possibilidade de engessamento da escuta clínica frente à utilização de normas de tratamento tão organizadas e quase rígidas.

Considerando que o cuidado se dá no **Encontro** entre profissional e paciente, o modo como o profissional conduz esse encontro, como escuta o paciente e como se comporta em relação a ele, além das ações que conduz a partir desse encontro, são determinantes tanto dos efeitos objetivos do cuidado em termos de diagnóstico, prescrição e tratamento, quanto dos efeitos subjetivos relacionados à forma do paciente entender a sua condição clínica, bem como ao modo dele se sentir em relação ao diagnóstico recebido e à terapêutica recomendada.

Assim, a relação entre a adoção de protocolos clínicos e o espaço para a escuta é um ponto a ser indiscutivelmente problematizado, pois falar do cuidado significa falar de uma dimensão humana caracterizada por uma atitude frente ao outro e que, por se dar somente através de uma relação intersubjetiva, necessita do reconhecimento da alteridade (Plastino, 2009). Vale lembrar, como afirma Agnes Heller, citada por Nunes et al. (2002, p. 1646), que

“as necessidades humanas e as de saúde não se resumem a necessidades naturais (biológicas), estendendo-se às existenciais (no sentido de necessidades de existência, de caráter social) e incluindo as humanas (amor, amizade, atividade moral)”.

Isso levanta alguns questionamentos. Será que a condição humana pode ser reduzida a manuais e protocolos de atendimento? Ao seguir um protocolo definido, será que não há riscos do profissional de saúde adotar comportamentos previsíveis, engessar a sua escuta e perder de vista o que há de mais singular em cada paciente? Será que um mesmo tipo de abordagem é de fato adequado a todo e qualquer ser humano? Será que, em nome da eficiência, o profissional não ficará mais preocupado em tentar enquadrar o paciente nas regras de um manual do que em demonstrar uma escuta ativa e ter uma postura aberta para acolher as queixas de um sofredor? Como fica o uso de um protocolo de conduta com passos bem demarcados versus a proposta de uma escuta clínica ampliada ou de uma abordagem centrada na pessoa?

Por um lado, podemos pensar que, na medida em que objetivam e direcionam a conduta do profissional, a “manualização” do tratamento, a “protocolização” das ações e a padronização do cuidado, tendem a reduzir a sua escuta clínica. Entretanto, por outro lado, parece que, justamente em função da “tecnificação”, também pode ocorrer exatamente o contrário. Isto é, ao facilitar o treinamento de profissionais de saúde para lidar com manifestações que, geralmente, não estão habituados, nem receberam formação adequada para cuidar, os modelos padronizados de cuidado podem, em contrapartida, ampliar a escuta do profissional por ele se sentir capacitado, habilitado e seguro para atender condições que anteriormente considerava não ter competência para lidar ou considerava não ser de sua alçada técnica.

Consequentemente, podemos pensar que a utilização de manuais estruturados em intervenções psicossociais possibilita instrumentalizar as equipes da APS para atender às queixas típicas apresentadas nos casos de TMC que, de outro modo, não receberiam assistência alguma, uma vez que, frequentemente, os pacientes não apresentam sintomatologia definida, nem preenchem critérios diagnósticos para serem atendidos no nível secundário especializado.

Embora seguir um protocolo padronizado possa parecer incompatível com apresentar uma escuta ampla sensível, ambas as condutas não são excludentes e podem ser adotadas de modo complementar. Nesse sentido, a “tecnificação” pode viabilizar a oferta de cuidados de saúde mental a quadros que, até então, encontram-se totalmente desassistidos no âmbito da Saúde Pública.



Além disso, há uma característica inerente ao próprio modelo da APS que pode não só estimular, mas até mesmo ampliar a escuta clínica, e que não se pode perder de vista: ali é exatamente o lugar em que a subjetividade pode ser acolhida e valorizada. Starfield (2002) afirma que um dos pilares da APS, o que define seu modo de atuação é, justamente, o cuidado longitudinal baseado no vínculo. Alguns artigos (exemplos), inclusive, deixam bem clara a importância da aliança terapêutica do usuário com o clínico geral como um elemento potencializador do cuidado.

Vínculo é um vocábulo de origem latina e designa algo que ata ou liga pessoas; indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa (CAMPOS, 2003, p. 68). Considerando-se que, em todas as modalidades de intervenção analisadas, sejam aquelas com enquadre tradicional face a face, sejam aquelas com arranjos diferenciados, existe algum nível de contato entre profissional e paciente, pode-se dizer que o vínculo é um elemento que perpassa todos os experimentos estudados.

O acompanhamento realizado por um profissional de referência em consultas feitas ao longo de um período de tempo desencadeia um processo dialógico através do qual é possível observar mudanças na apresentação da condição de saúde, bem como do estado mental do paciente. Em função da continuidade dos encontros e da frequência do contato interpessoal, profissional de saúde e paciente estabelecem uma forte relação que, ao ultrapassar o simples contato inicial de acolhimento, pode chegar ao desenvolvimento de uma profunda confiança no outro. Essa relação que interliga dois seres humanos – profissional e paciente – constitui o vínculo e é a base (subjetiva e oculta) que viabiliza e sustenta a realização do cuidado em saúde.

Para Gonçalves et al. (2012), o vínculo por si só já exerce ação terapêutica e apoia-se em quatro pilares: o acolhimento, que permite estabelecer o vínculo que é a base para o cuidado; a escuta, que possibilita o desabafo e cria a oportunidade para reflexão sobre o sofrimento e suas causas; o suporte, que representa um continente que, simultaneamente, sustenta e dá contorno aos sentimentos envolvidos no processo de adoecimento, proporcionando um sentimento de segurança ao sofredor, ajudando a fortalecê-lo e a empoderá-lo na busca de soluções para seus problemas. Por fim, ao fornecer informações, o esclarecimento é o pilar que desfaz as fantasias, possibilitando a redução da ansiedade e da depressão e facilitando a reflexão, a fim de reestruturar o fluxo de pensamento, o que, por sua vez, tem repercussões nos sintomas físicos e emocionais.

Assim, o manejo da interação médico-paciente pode ser visto como uma ferramenta relacional que constitui o instrumento de trabalho fundamental do profissional da APS, que pode e deve ser usado tal qual um bisturi capaz de operar precisas intervenções naquelas condições de saúde que trazem desconforto ou prejuízo à saúde do paciente.

Um vínculo de confiança possibilita ao paciente manifestar-se genuinamente, de modo que o profissional pode observar a emergência do seu modo de agir e enfrentar a realidade, embora Gonçalves et al. (2012) não deixem de mencionar que os profissionais enfrentam algumas dificuldades para lidar com as condições que envolvem sofrimento psíquico. Nem sempre os não especialistas em saúde mental estão cientes dos mecanismos de funcionamento mental, assim como não reconhecem o efeito terapêutico do vínculo. Além disso, tendem a dar soluções e conselhos durante a consulta, ignorando as motivações subjetivas que, frequentemente, influenciam a manifestação do sofrimento, a necessidade de administrar o tempo e a agenda de consulta, e a expectativa de melhora do quadro.

Considerando que o vínculo exerce importante papel no processo terapêutico, parece lógico concluir que aprender a manejar certos sentimentos e emoções passíveis de surgir em qualquer relação humana pode ampliar e potencializar a capacidade de atuação do profissional (GONÇALVES et al., 2012).

#### 4 CONCLUINDO

A esta altura, já podemos retomar a grande indagação que motivou este trabalho: “O que é feito do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde?”.

Vale adiantar, entretanto, que esta é uma pergunta fundamental, porém difícil e, talvez, até mesmo impossível de ser respondida. Por outro lado, parece indubitável que a sua mera consideração traz à tona uma série de reflexões imprescindíveis para o campo da saúde mental.

Logo de início, vislumbramos dois caminhos possíveis a percorrer. Realizar uma pesquisa empírica, mergulhando diretamente no campo das práticas assistenciais e averiguar os testemunhos dos envolvidos no cotidiano dessas práticas. De uma forma ou de outra, porém, o tempo todo sabíamos que não seria possível abarcar tudo o que é feito na realidade, uma vez que o cuidado ocorre num encontro entre duas pessoas e nesse contato há algo de “mágico”, que é da ordem do indizível.

Apesar disso, mesmo que não se consiga capturar a totalidade do fenômeno da interação humana e, por isso, também não seja possível registrar completamente o que se passa numa relação de cuidado, acreditamos que a análise da literatura permite fazer algumas considerações gerais sobre aquilo que os autores dizem sobre as práticas.

O objetivo desta dissertação, portanto, foi estudar algumas das metodologias de intervenção psicossocial para o cuidado do sofrimento psíquico e dos TMC adotadas na APS tanto internacionalmente, quanto localmente na ESF, havendo a investigação privilegiado a articulação entre três eixos de análise: Intervenção + TMC + APS.

Em outras palavras, procuramos analisar o destino dado ao sofrimento emocional já instalado e que aparece nos serviços de saúde, sobretudo sob a forma de demanda por cuidados e assistência profissional. Qualquer resposta à indagação do que é feito do sofrimento psíquico no terreno da APS não poderia dispensar uma pesquisa como esta, e nenhuma análise deveria prescindir de uma revisão bibliográfica que tenha a finalidade de ampliar o conhecimento e de levantar novas considerações sobre o que se diz sobre as práticas assistenciais nesse campo.

Uma recapitulação da trajetória percorrida nos mostra que no Capítulo 1 (Apresentando a APS e os TMC), descrevemos o contexto da APS, cenário em que as intervenções psicossociais ocorrem, e as características do sofrimento psíquico conforme interpretado na literatura médica na classificação dos TMC, que é o objeto das intervenções.

Já no Capítulo 2 (Descrevendo Intervenções Psicossociais para TMC na APS), concentramo-nos em apresentar algumas experiências e/ou estudos clínicos nacionais e internacionais envolvendo diferentes tipos de intervenção para o cuidado dos TMC na APS. Discorremos sobre as bases teóricas que fundamentam uma modalidade terapêutica, oferecemos um resumo histórico de seu desenvolvimento, e demonstramos a sua aplicação prática na realidade cotidiana da APS, enquanto, no Capítulo 3 (Analisando Intervenções Psicossociais para TMC na APS), detalhamos as características mais gerais da literatura encontrada, bem como discutimos alguns de seus aspectos mais relevantes.

Este trabalho, naturalmente, tem aspectos fortes e fracos. Certamente, um dos pontos mais positivos deste estudo foi a riqueza de havermos privilegiado a articulação de três eixos de pesquisa, revisado pesquisas brasileiras e estrangeiras com metodologias e linguagens tão distintas, examinado uma grande variedade de intervenções, e verificado a diversidade de iniciativas em curso atualmente.

Como pontos negativos, podemos citar ter deixado de problematizar a classificação dos TMC e de discutir questões relativas à formação e à qualificação da equipe profissional da APS para a atuação em saúde mental. Além disso, talvez, tivesse sido interessante examinar também modalidades terapêuticas como a biblioterapia, a terapia de reminiscências, a terapia de narrativa, a terapia de reatribuição, e a terapia *Mindfulness*, que não foram contempladas nesta exposição, por terem aparecido com menor frequência em nosso levantamento.

As limitações mencionadas, entretanto, não impediram a análise dos mais variados dados obtidos, além de permitirem chegar a alguns achados, que embora já comentados, optamos por repassar rapidamente aqui:

- a temática do cuidado do sofrimento psíquico e dos TMC é bastante contemporânea e vem ganhando importância nos últimos anos à medida que a APS se consolida como um setor de saúde situado no território e próximo à população e suas mazelas.
- a classificação dos TMC parece ser ainda bastante controversa, porém há um discurso reiterado sobre sua alta prevalência na comunidade e, conseqüentemente, na APS.
- sejam transpostas de outros setores, sejam como novas iniciativas, há uma série de modalidades de intervenção sendo testadas na APS.
- no exterior, as intervenções baseiam-se nos modelos teóricos da Terapia Interpessoal, da Terapia Cognitivo-comportamental e da Terapia de Solução de Problemas, sendo de natureza breve, estruturada e manualizada, e retratando uma tendência à “protocolização”, isto é, à “tecnificação” do cuidado.

- há uma crescente delegação de tarefas para mão de obra leiga, um progressivo estímulo a ações de suporte ao autocuidado, além da incorporação da informática, que leva ao desenvolvimento de sistemas computadorizados e/ou plataformas automatizadas usadas para apoiar a tomada de decisão ou para administrar a própria intervenção.
- no Brasil, destacam-se as intervenções grupais e a Terapia Comunitária.
- no exterior as pesquisas vêm se tornando mais refinadas, passando a examinar os efeitos das intervenções de acordo com características cada vez mais específicas, tais como, a população ou o estado mental estudados.
- o estágio das discussões nos contextos brasileiro e internacional é bastante diferente. Enquanto, no exterior, a integração da saúde mental na APS é um processo em consolidação e há crescente “tecnificação” das intervenções psicossociais, no Brasil, a aproximação da APS com a ESF é recente e não há um padrão de atuação consolidado.
- resultados insuficientes ou controversos impedem concluir quais são as melhores intervenções.
- a alta prevalência dos TMC, o fato de alguns estudos reunirem certas evidências da validade de determinadas abordagens, e o potencial de cuidado do setor da APS incentivam a continuidade das pesquisas.

Avaliamos que desenvolver o setor da APS e integrar a atenção de saúde mental aos cuidados primários pode resultar em melhor qualidade da assistência como um todo. Entretanto, é absolutamente essencial ressaltar que, dependendo do modo como sejam conduzidas as intervenções psicossociais, os efeitos podem ser totalmente distintos. Se, por um lado, a crescente padronização das ações e a “tecnificação” do cuidado podem limitar a escuta ampliada e contribuir para a “objetificação” do sofrimento e para a “psiquiatrização” da população, por outro, ao ajudar a instrumentalizar a relação profissional-paciente e a fortalecer os vínculos terapêuticos na APS, podem contribuir para desenvolver um modelo de assistência mental no sentido de reestabelecer a capacidade de enfrentamento do sofrimento e das dificuldades trazidas pelas contingências do cotidiano, oferta jamais disponibilizada antes para os TMC.

A revisão bibliográfica foi ampla e resultou em uma análise abrangente, cuja contribuição mais importante é oferecer ao leitor (e ao campo) um panorama atualizado das práticas de intervenção para cuidado dos TMC na APS, em virtude da quantidade de

referências levantadas, da multiplicidade de autores consultados, da disseminação geográfica dos estudos encontrados, da variedade metodológica das pesquisas identificadas e da riqueza das intervenções analisadas.

À luz do conhecimento hoje existente, esta revisão abordou um tema de caráter bastante contemporâneo, realizou o mapeamento das atuais formas de cuidado dos TMC na APS, e ensejou um cotejamento das intervenções realizadas em contextos culturais tão diferentes entre si como aquele dos países estrangeiros e do Brasil. Atrevemo-nos, portanto, a sugerir que sua contribuição mais relevante foi trazer à literatura uma reflexão original.

Futuramente, sugerimos que a elaboração da análise e das discussões ora iniciadas seja aprofundada e refinada, abordando entre outros itens, por exemplo, o questionamento da classificação dos TMC, o cuidado provido pelo generalista comparado àquele do especialista, a diferenciação de pacotes assistenciais voltados para países de alta renda e de média e/ou baixa renda, os obstáculos e barreiras para a efetivação do cuidado, os fatores críticos envolvidos na escolha de modelos terapêuticos e no sucesso desses modelos, os critérios de uso e de financiamento/reembolso de intervenções psicossociais pelo sistema de saúde.

Por fim, mas antes de concluir a presente dissertação, queremos retomar o sentido do termo “primário”. Assumir a APS como um *locus* de cuidado integral, ajuda a compreender o termo “primário” não como um local de oferta de serviços simples ou primitivos, como muitos advogam na concepção da Atenção Primária Seletiva, mas sim de prestação dos primeiros cuidados em saúde e que, justamente por serem os cuidados mais básicos, são aqueles que merecem a maior atenção. Afinal, situando-se logo no início da cadeia de cuidado, irão influenciar todo o processo de saúde-adoecimento do ser humano. E não necessariamente por serem básicos, são serviços simples ou fáceis de serem providos. Pelo contrário; por estar incrustada no território, localizada nas vizinhanças da comunidade e muito próxima da vida cotidiana de seus usuários, a dificuldade desse nível de assistência reflete o desafio de se compreender a complexidade da vivência humana em todos os seus aspectos físicos, biológicos, somáticos, psíquicos, emocionais, políticos, econômicos, culturais e/ou sociais.

Ao terminar este trabalho, ficamos com a certeza de que, sendo a saúde mental uma dimensão da saúde humana, não restam dúvidas quanto à totalidade com que o homem experimenta a sua existência e nem quanto à integralidade com que a atenção deve ser provida. Por isso, os cuidados iniciais devem ser prestados o mais zelosamente possível oferecendo-se o melhor conjunto de tecnologias disponíveis, não só as medicamentosas, mas principalmente aquelas tecnologias leves e relacionais, com o propósito de restaurar toda a

potencialidade que se encontra ameaçada quando uma pessoa apresenta seu sofrimento a uma equipe de saúde.

Esperamos que as reflexões aqui contidas possam ajudar no aprimoramento das práticas de cuidado dos profissionais da APS no Brasil, além de contribuir para o desenvolvimento de intervenções que estimulem a normatividade vital dos sujeitos e tenham repercussão direta no campo da promoção de saúde e da defesa da vida. Espera-se, ainda, ajudar na construção de valores mais humanistas como um horizonte ético que possa inspirar a postura profissional diante do outro.

E, mais que tudo, que essas reflexões nos deixem mais próximos de realizar a aspiração de Buda: que todos os seres sencientes possam, um dia, estar livres do sofrimento!

## REFERÊNCIAS

ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES. Challenges and priorities for global mental health research in low- and middle-income countries. Relatório de simpósio. Londres, dez. 2008.

ADÃO, V. M. e MERIGHI, I. M. Grupo de adesão: centro de referência e treinamento DST/AIDS, 2001. Disponível em: [http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC\\_AIDS/Articles/ViewArticles.aspx?Mid=177&Aid=547](http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_AIDS/Articles/ViewArticles.aspx?Mid=177&Aid=547), acesso em: 04 de março de 2012.

ALVES, E.P. e CUNHA, L. S. Grupos operativos Pichon Rivière. Ed. Artigonal, 2010.  
AMARAL, J.J.F. Como fazer uma pesquisa bibliográfica, 2007. Disponível em: <http://200.17.137.109:8081/xiscano/courses1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>. Acesso em: 21 jan 2012.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. ISBN 978-85-7541-135-3.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Maria Crisitna Ramos Gulate. 4.ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2003.

ANDRADE FB, FERREIRA FILHA MO, DIAS MD, SILVA AO, COSTA ICC, LIMA EAR et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 129-36.

ANDRADE, Fábila Barbosa de. Dissertação de Mestrado. 2009. Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba.

ANDRADE, L.O.M, BARRETO, I.C.H.C, BEZERRA, R.C. A atenção primária à saúde e Estratégia de Saúde da Família. p. 783-836. In CAMPOS, G. W. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Ed. Fiocruz, 2006, 2009. p. 871p.

ARAYA, R.; ROJAS G.; FRITSCH, R; ACUÑA, J e LEWIS, G. Common mental disorders in Santiago, Chile : Prevalence and socio-demographic correlates. British Journal Psychiatry, 2001, 178:228-233.

ARAYA, R.; ROJAS G.; FRITSCH, R; GAETE, J; ROJAS, M; SIMON, G; PETERS, TJ. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 995–1000.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.G.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr, 2007, 56(1): 41-47.

BAPTISTA, C.M.A. Das tramas do corpo ferido: dor e sofrimento em narrativas de mulheres. 2006. Tese (Doutorado em Psicossociologia em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Programa EICOS do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 179p.



BAPTISTA, T.W.F; FAUSTO, M;C;R; CUNHA, M.S.. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [ 4 ]: 1007-1028, 2009.

BARRETO, A. *Terapia Comunitária: passo a passo*. 3ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil IN *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (2): 243-250, 2007.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal. 1989 (Biblioteca de Saúde e Sociedade: v. no. 5)

BOLTON, P., BASS, J., NEUGEBAUER, R. et al. Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda. *Journal of the American Medical Association - JAMA* 2003; 289:3117-3124.

BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil. Título VIII. Cap. II. Seção II: Da Saúde. Brasília: Senado Federal/Centro Gráfico; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O programa de saúde da família e atenção básica no Brasil*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Circular conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. *Saúde mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Equipe de Referência e Apoio Matricial*. Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 64 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. *Institui o NASF*.

BRASIL. Ministério da Saúde/SAS/DAB. *Diretrizes do Núcleo de Apoio da Família*. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). 152p.

BUSNELLO ED., LIMA B., GOMES R. et al. Identificação e Manejo dos Doentes Mentais num Local de Cuidados Primários em Porto Alegre, Brasil. *JBP* 1983;32(6):359-363.

BVS. *Descritores em Ciências da Saúde*. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2012.htm>. Acesso em: 9 mar 2012.

CAMARGO, Amilton Carlos. Tempo de falar e tempo de escutar: a produção de sentido em um grupo terapêutico. 2005. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade São Marcos.

CAMPAYO, J.G., VEJA, L.M.C., TAZON, P., ASEGUINOLAZA, L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Atención Primaria*, 1999; 24: 594-601.

CAMPOS, GWS. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPE, J.; WHITTINGTON, C.; BUSZEWICZ, M.; WALLACE, P.; UNDERWOOD, L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression *BMC Medicine* 2010, 8:38.

CAVALCANTE, C.M.; PINTO D.M; CARVALHO, A.Z.T.; JORGE, M.S.B; FREITAS, C.H.A. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Universidade de Fortaleza, 24(2): 102-108, abr./jun., 2011.

CHIAVERINI, D.H. (org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), 2011. 236p.

CHIBANDA et al. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health* 2011, 11:828.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels, 2005.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-32, 1992.

CORBO, A.D.; MOROSINI, M.V.G.C.; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de atenção à saúde. In *Modelos de atenção e a saúde da família*. M.V.G.C. Morosini e A.M.D Corbo (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4. Morosini, M.V.G. C. (coord)). ISBN: 978-85-98768-24-3.

CORDEIRO, R.C.; AZEVEDO, E.B.; SILVA, M.S.S.; FERREIRA FILHA, M.O.; SILVA, P.M.C.; MORAES, M.N. Terapia comunitária integrativa na Estratégia Saúde da Família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 9, n. 2, p. 192-201, ago./dez. 2011.

COULL, G.; MORRIS, P.G. The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine* (2011), 41, 2239–2252.

CRAMER, H.; SALISBURY, C.; CONRAD, J.; ELDRED, J.; ARAYA, R. Group cognitive behavioural therapy for women with depression: pilot and feasibility study for a randomised controlled trial using mixed methods. *BMC Psychiatry* 2011, 11:82.

CRUZ, E.B.S., SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (4): 181-8, 2005.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Arte Médicas Sul. 2000. p. 186-187.

DANTAS, M.A. *Sofrimento Psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão*. Curitiba, Paraná: Juruá, 2009. 288p.

DUARTE, Luiz Fernando. *Da vida nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. 290 p.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

EIRAS, Alexandra Ap. L. Toffanetto Seabra. *Grupos e serviço social: explorações teórico-operativas*. 2006. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação da UFRJ.

FAUSTO, M.C.R. *Dos programas de medicina comunitária ao sistema único de saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*. In *Modelos de atenção e a saúde da família*. M.V.G.C. Morosini e A.M.D Corbo (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4. Morosini, M.V.G. C. (coord)). ISBN: 978-85-98768-24-3

FERREIRA FILHA, M.O.; CARVALHO, M.A.P. *A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes*. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):232-9.

FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D.; ANDRADE, F.B.; LIMA, E.A.R.; RIBEIRO, F.F.; SILVA, M.S.S. *A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento*. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009;11(4):964-70.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira. 1986. ISBN 85-209-0411-4

FLECK, M. P. A. et al. *Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n.4, p.431-438, ago. 2002.

FONSECA, M.L.G. Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos: Uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2007. 153p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008.

FORTES, S. Transtornos Mentais em Unidades de 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. Tese Doutorado IMS/UERJ, 2004.

GODOY, M.T.H.; MUNARI, D.B. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. *Rev Latino Am Enfermagem*, 2006, setembro-outubro; 14(5).

GOLDBERG, D. e HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. Londres: Routledge, 1992. 194p.

GONÇALVES, D.A.; CHAZAN, L.F.; ALMEIDA, N.S. e FORTES, S. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, ERJ, (org). *Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidência*. 4a edição. Porto Alegre: Artmed; 2012. (no prelo).

GRACIA-CAMPAYO, J.; VEGA, L.M.C.; TAZÓN, P.; ASEGUINOLAZA, L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Atención Primaria* 1999; 24: n10, 594-601.

GUEDES, C.R., NOGUEIRA, M.I. e CAMARGO JR, K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1093-1103, 2006.

HAYASHI, M.C.P.I.; FERREIRA, JR. A.; BITTAR, M.; HAYASHI, C.R.M.; SILVA, M.R. História da educação brasileira: a produção científica na biblioteca eletrônica Scielo. *Campinas, Educação & Sociedade*, Jan./Abr. 2008, vol.29, no. 102, p.181-211. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 9 mar. 2012.

HELMAN, Cecil. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

IACOPONI, E. *The Detection of Emotional Disorders by Primary Care Physicians – a Study in São Paulo, Brazil*. Tese (Doutorado). Universidade de Londres, 1989.

IMPAGLIAZZO, S.P. O sofrimento psíquico para além da loucura: construindo uma nova agenda nas políticas de saúde mental. 212p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

JUDD, F.; WEISSMAN, M.; DAVIS, J.; HODGINS, G.; PETERMAN, L. *Clinical practice: Interpersonal counselling in general practice*. *Australian Family Physician*, vol. 33, no. 4, abr. 2004.

- KENDRICK, T.; SIMONS, L.; MYNORS-WALLIS, L.; GRAY, A.; LATHLEAN, J.; PICKERING, R.; HARRIS, S.; RIVERO-ARIAS, O.; GERARD, K.; THOMPSON, C. Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2006, 189, 50-59.
- KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa de terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2008, 30 supl.II, p. 54-64.
- KNAPP, P.; BICCA, C.; Abordagem cognitivo-comportamental dos comportamentos aditivos. In: CORDIOLI, A.V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. São Paulo: Artmed, 1998. Cap. 33, p. 405-34.
- LACAZ, F.S. Bases teóricas da terapia interpessoal. In: SCHOEDL et al., 2009. *Psicoterapia interpessoal: teoria e prática*. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2009. Cap. 1, p. 1-19.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. p. 615-634. In CAMPOS, G. W. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Ed. Fiocruz, 2006, 2009. p. 871p.
- LANDBACK, J.; PROCHASKA, M.; ELLIS, J.M.; DMOCHOWSKA, K.; KUWABARA, S.; GLADSTONE, T.; LARSON, J.; STUART, S.; GOLLAN, J.K.; BELL, C.; BRADFORD, N.; REINECKE, M.; FOGEL, J.; VAN VOORHEES, B.W. From Prototype to Product: Development of a Primary Care/Internet Based Depression Prevention Intervention for Adolescents (CATCH-IT). *Community Ment Health J* (2009) 45:349–354.
- LEWIS, G.; SHARP, D.; BARTHOLOMEW, J.; PELOSIT, A.J. Computerized assessment of common mental disorders in primary care: effect on clinical outcome. *Family Practice* 1996; 13:120-126.
- LIMA, M.S., BERIA, J.U., TOMASI, E., CONCEIÇÃO, A.T. e MARI, J.J. Stressful Life Events and Minor Psychiatric Disorders: An Estimate of the Population Attributable Fraction in a Brazilian Based Study. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1996; 26:211-222.
- LINDE et al. Treatment of depressive disorders in primary care - protocol of a multiple treatment systematic review of randomized controlled trials. *BMC Family Practice* 2011, 12:127.
- LIU et al. Controlled trial of problem-solving therapy and consultation-liaison for common mental disorders in general medical settings in Taiwan. *General Hospital Psychiatry* 29 (2007) 402–408.
- LOVELL, K.; BEE, P.E.; RICHARDS, D.A.; KENDAL, S. Self-help for common mental health problems: evaluating service provision in an urban primary care setting. *Primary Health Care Research and Development*, 2006; 7: 211–220.
- LUCOCK, M; GILLARD, S.; ADAMS, K.; SIMONS, L.; WHITE, R.; EDWARDS, C. Self-care in mental health services: a narrative review. *Health and Social Care in the Community* (2011) 19(6), 602–616.

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*, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1639-1648, ago. 2006.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*, 148: 23-6, 1986.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2006. p. 23-28.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos (p. 39-64). In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. 180p.. ISBN 85-89737-34-9.

MELLO, M.F. et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255: 75-82, 2005.

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999 (impressão de 2006). (*Saúde em Debate*; 88) 300p. Cap. 4 Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde, p. 233-300.

MERHY, E.E. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. 2. ed. 2005. São Paulo: Hucitec, 2002. (*Saúde em Debate*, 145). 189 p.

MINAYO, M.C.S. A ação humana como determinante para a efetividade dos tratamentos de saúde. Editorial. In: *Tecnologias leves em saúde*. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n.7, julho 2011.

MORAIS, Fernanda Lucia de Sousa Leite. *Rodas de terapia comunitária: espaços de mudanças para profissionais da Estratégia Saúde da Família*. 2010. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba.

NETO, F.L.; ANDRADE, A. *Terapia Comportamental*. In: CORDIOLI, A.V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. São Paulo: Artmed, 1998. Cap. 16, p. 199-207.

NOGUEIRA, R. P, SILVA, F. B, RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – O Agente Comunitário de Saúde. *Cadernos do IPEA*. Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I.de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (6):1639-1646, NOV.-DEZ., 2002.

OLIVEIRA, N.F; MUNARI, D.B.; BACHION, M.M.; SANTOS, W.S.; SANTOS, Q.R. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *Rev. Esc Enferm USP*, 2009; 43(3): 558-65.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OPAS. Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros. Washington DC, EUA: OMS, OPAS, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 1. Ginebra, 2000. ISBN 92 4 356198 7. (Panorama Geral p. xiii-xxii e Cap. 1 p. 1-21).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, 2008. ISBN 92 4 3563731 2.

PATEL, V.; WEISS, H.A.; CHOWDHARY, N.; NAIK, S; PEDNEKAR, S; CHATTERJEE, S.; DE SILVA, M.J; BHAT, B., ARAYA, R.; KING, M.; SIMON, G., VERDELI, H.; KIRKWOOD, B.R. Effectiveness of an intervention led by lay health counselors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 376: 2086–95.

PATEL, V.; WEISS, H.A.; CHOWDHARY, N.; NAIK, S; PEDNEKAR, S; CHATTERJEE, S.; BHAT, B., ARAYA, R.; KING, M.; SIMON, G., VERDELI, H.; KIRKWOOD, B.R. Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *British Journal of Psychiatry*, 2011, 199:459-466.

PLASTINO, C.A. A dimensão constitutiva do cuidar (p 53-87). In Marisa Schargel Maia (org). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. 412p. ISBN 978-85-857617-165-2.

PRINCE, M., PATEL, V., SAXENA, S., MAJ, M, MASELKO, J., PHILLIPS, M.R., RAHMAN, A. No health without mental health. *Lancet*, 2007; 370: 859–77.

QUEIROZ, V.D.C. *Circulando a loucura pela cidade: a estratégia de saúde da família na saúde mental*. Projeto de Doutorado. Escola de Serviço Social, UFRJ, 2011.

RANGÉ, B.; FALCONE, E.M.O.; SARDINHA, A. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, vol. 3, no. 3, 2007.

RANGÉ, B.; SOUZA, C.R. Terapia Cognitiva. In: CORDIOLI, A.V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. São Paulo: Artmed, 1998. Cap. 17, p. 209-224.

ROCHA, I.A., BRAGA, L.A.V., TAVARES, L.M., ANDRADE, F.B., Ferreira Filha, M.O., DIAS, M.D., Silva, A.O. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 set-out; 62(5): 687-94.

RODRIGUES, N.; CARDOSO, C.A. Ideia de sofrimento, representação cultural da doença na construção da pessoa. p. 137-149. In DUARTE, L.F. e LEAL, O.F. (org). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 210p.

ROTER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa (editorial). *Acta Paulista de Enfermagem*, 2007; 20 (2):vi.

SANTOS, F. R.; ANDRADE, C. P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista APS*, v.6, n.1, p.15-18, jan./jun. 2003.

SAVI, E.S. A. O sofrimento difuso das mulheres na maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência. 2005. 181p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - FIOCRUZ/ENSP. Rio de Janeiro.

SCHORE, A.N. *Affect regulation and repair of the self*. New York. W.W. Norton & Company, Inc. 2003. ISBN 0-393-70407-6(v.2).

SHERRILL, J.T; KOVACS, M. Nonsomatic treatment of depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics N Am*, 11, 2002, P. 579- 593.

SILVA JÚNIOR, AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva. Cap. 2: O Modelo Hegemônico de prestação de serviços de saúde e suas reformas. São Paulo:HUCITEC, 1998, p. 44-52.

SILVA, Ana Lucia Costa da. *Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: uma estratégia em saúde mental no PSF de Petrópolis*. 2010. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá.

SILVA, M.A., OLIVEIRA, A.G.B.; MANDÚ, E.N.T. MARCON, S.R. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm* 2006 mai/ago; 11(2): 143-9.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.

SILVEIRA, M.L. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. (Antropologia & Saúde). 124p. ISBN 85-85-676-83-3.

SIMONETTI. *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

SIMONS, L., MYNORS-WALLIS, L., PICKERING, R., et al (2001) A randomized controlled trial of problem solving for anxiety, depression and life difficulties by community psychiatric nurses among general practice patients: background and method. *Primary Care Psychiatry*,7,129-135.

SOBREIRA, Maura Vanessa Silva. *Repercussões da terapia comunitária no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional*. 2009. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem, área de concentração Assistência à Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SOUSA, D.L.M., PINTO, A.G.A., JORGE, M.S.B. *Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza*, Ceará. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010, Jan-Mar; 19(1): 147-54.



STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TARTHANG TULKU, Relaxamento Tibetano - Editora Dharma - 1ª Edição - 2009 - 144 páginas - ISBN 8585679123.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP.

THOMAS, H.V.; LEWIS, G.; WATSON, M.; BELL, T.; LYONS, I.; LLOYD, K.; WEICH, S.; SHARP, D. Computerised patient-specific guidelines for management of common mental disorders in primary care: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, November 2004.

U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (NLM). PubMed Basics, revisado em novembro 2011. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmed.html>. Acesso em: 7 jan. 2012.

VALLA, V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap 1. p 39-62.

VAN SCHAİK, D.J.F.; VAN MARWIJK, H.W.J; BEEKMAN, A.T.F.; HAAN, M.; VAN DYCK, R. Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. *BMC Family Practice* 2007, 8:52.

VAN VOORHEES, B.W.; ELLIS, J.M.; GOLLAN, J.K.; BELL, C.; STUART, S.; FOGEL, J.; CORRIGAN, P.; FORD, D. Development and Process Evaluation of a Primary Care Internet-Based Intervention to Prevent Depression in Emerging Adults. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9: (5), 346-355.

VICTOR, J.F; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev. Esc Enferm USP*, 2007; 41(4): 724-30.

VINCENT, B.R.L. Pesquisa bibliográfica na web. In VINCENT, B. *Internet: guia para profissionais de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2003, Cap. 8, p. 97-128.

VINCENT, B.R.L. Competência em informação de alunos de pós-graduação em saúde pública. 2011. Tese. Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

VINCENT, B.R.L.; VINCENT, M.; FERREIRA, C.G. Making PubMed searching simple: learning to retrieve medical literature through interactive problem solving. *The Oncologist*, 11(3):243-251, mar. 2006.

WEISSMAN, M.M. Interpersonal Psychotherapy: Current Status. *Keio J Med*; 46 (3), p. 105-110, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/UNICEF). Alma-Ata 1978. Cuidados primários de saúde. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília, DF: UNICEF, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION and WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WHO/WONCA). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Genebra, 2008. ISBN 978-92-4-156368-0

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Revised Global Burden of Disease: 2002 estimates. Genebra, 2004.

**ANEXO A – Lista de Sintomas Polimorfos segundo Dantas<sup>18</sup>**

- Incapacidade de se projetar no futuro;
- Incapacidade de utilização de competências anteriormente adquiridas;
- Inscrição numa temporalidade calcada na instantaneidade;
- Incapacidade de utilização de vínculos sociais anteriormente construídos;
- Incapacidade de manter novas relações afetivas e sociais estáveis e diversificadas;
- Solidão afetiva, social e relacional;
- Perda da noção de interdependência com as pessoas e os grupos como, por exemplo, a família;
- Perda da iniciativa relacional;
- Incapacidade de imaginar as demandas de ajuda necessárias devido à dificuldade de configurar-se face às necessidades sanitárias e sociais;
- Incapacidade de imaginar que a situação possa mudar a partir de ajudas externas, visto a desativação das competências adquiridas;
- Desaparecimento das capacidades de iniciativa, redução apenas à proposição imediata;
- Incapacidade de imaginar as ajudas possíveis, de recebê-las e estimá-las como satisfatórias e eficazes;
- Baixa autoestima e incapacidade de se acreditar suscetível de agir sobre seu próprio destino;
- Condutas adictivas de compensação;
- Problemas depressivos;
- Negação do sofrimento.

---

<sup>18</sup> Fonte: Dantas, 2009, p. 209.

**ANEXO B – Lista de Sintomas de Nervoso segundo Silveira<sup>19</sup>**

- Ansiedade; angústia; agitação; apreensão pelo futuro e/ou pelo desconhecido;
- Sensações corporais diversas, tais como:
  - Alterações dos batimentos do coração: coração querendo sair pela boca, bate muito rápido, parece que vai parar, às vezes dá um soco no coração, fica fraco, parece que vai morrer; bate atropelado;
  - Bola que sobe e desce, mais comumente da garganta para o estômago, mas às vezes na barriga;
  - Dores que caminham pelo corpo; dores de cabeça que apertam, queimam por dentro, ou cabeça parecendo que vai estourar de tanto doer;
  - Gostos diferentes na boca, em geral desagradáveis;
  - Boca travada impedindo a deglutição;
- Vontade de morrer;
- Vontade de matar ou agredir alguém sem motivo;
- Desejo de ficar só ao mesmo tempo em que se ressentido do abandono;
- Falta de vontade de comer, embora, na maioria dos casos, sintam fome, mas a comida simplesmente não vai;
- Perturbações do sono: dormir demais e não estar descansado ao acordar; insônia; sonhos agitados/pesadelos; sono leve: acorda por qualquer coisa;
- Instabilidade emocional: pegar briga por qualquer coisa; chorar à toa, sem motivo aparente, sem saber por quê ou por motivo de pouca importância; apatia, deixar de se interessar pelas suas obrigações diárias ou por coisas que lhe interessavam antes; achar que nada mais presta, ou tem graça; não achar nada mais bonito ou bom; tanto faz que as coisas aconteçam de uma forma ou de outra; não se importar com o que faz, se bem ou mal feito; quer falar, mas não consegue;
- Esquecimentos: às vezes não sabe o que estava fazendo ou não lembra o nome dos filhos ou do marido;
- Indiferença sexual: muitas vezes deixa que o parceiro faça o que quiser com seu corpo; ou, ao contrário, sente-se muito bem tendo relações com seu parceiro, desde que ele seja carinhoso.

---

<sup>19</sup> Fonte: Silveira, 2000, p. 114.

## ANEXO C – Lista de problemas psicossociais e ambientais segundo a Associação Americana de Psiquiatria<sup>20</sup>

Por questões de conveniência, os problemas são agrupados nas seguintes categorias:

- Problemas com o grupo primário de apoio – por exemplo, morte de um membro da família; problemas de saúde na família; ruptura da família por separação; divórcio ou desavença; saída do lar; novo casamento do pai/mãe; abuso sexual ou físico; superproteção pelos pais; negligência no cuidado com a criança; disciplina inadequada; discórdia entre irmãos; nascimento de um irmão;
- Problemas relacionados ao ambiente social – por exemplo, perda ou morte de um amigo; apoio social inadequado; viver sozinho; dificuldades de aculturação; discriminação; adaptação à transição de ciclo vital (por exemplo, aposentadoria);
- Problemas educacionais – por exemplo, analfabetismo; problemas acadêmicos; discórdia com professores ou colegas de escola; ambiente escolar inadequado;
- Problemas ocupacionais – por exemplo, desemprego; ameaça de perda de emprego; jornada de trabalho estressante; condições de trabalho difíceis; insatisfação com o emprego; mudança de emprego; discórdia com o chefe ou colegas de trabalho;
- Problemas de moradia – por exemplo, falta de moradia; moradia inadequada; bairro perigoso; discórdia com os vizinhos ou com o locador;
- Problemas econômicos – por exemplo, extrema pobreza; recursos financeiros inadequados; apoio previdenciário inadequado;
- Problemas com o acesso aos serviços de assistência à saúde – por exemplo, serviços inadequados de assistência à saúde; indisponibilidade de transporte aos locais de assistência à saúde; seguro-saúde inadequado;
- Problemas relacionados à interação com o sistema judicial – por exemplo, detenção; prisão; litígio; vítima de crime;
- Outros problemas psicossociais e ambientais – por exemplo, exposição a desastres, guerra e outras hostilidades; discórdia com prestadores de serviços que não fazem parte da família, tais como advogado, assistente social ou médico; indisponibilidade de agências de assistência social.

---

<sup>20</sup> APA, 2003, p. 51-52.

**TABELA 1 – Quantidade estimada de pessoas da população da União Europeia afetadas por transtornos mentais nos últimos 12 meses<sup>21</sup>**

<b>Diagnóstico (DSM-IV)</b>	<b>Período de 12 meses (%)</b>	<b>Período de 12 meses (milhões)</b>
Dependência alcoólica	2.4	7.2
Dependência de substâncias ilícitas	0.7	2.0
Transtornos psicóticos	1.2	3.7
Depressão maior	6.1	18.4
Transtorno Bipolar	0.8	2.4
Transtorno de Pânico	1.8	5.3
Agorafobia	1.3	4.0
Fobia Social	2.2	6.7
Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD)	2.0	5.9
Fobias Específicas	6.1	18.5
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (OCD)	0.9	2.7
Transtornos Somatoformes	6.3	18.9
Transtornos Alimentares	0.4	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>27.4</b>	<b>82.7</b>

Fonte: OMS 2005. Estudo de Hans-Ulrich Wittchen e Frank Jacobi (2005). Tamanho e carga dos transtornos mentais na Europa: revisão e avaliação crítica de 27 estudos. *European Neuropsychopharmacology*, v 15, n 4, pp. 357-376 *apud* COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2005, p. 16, tradução nossa).

<sup>21</sup> Total da população dos países da União Europeia mais Islândia, Noruega e Suíça; idade 18-65: 301,7 milhões.

**TABELA 2 – Prevalência de TMC em Estudos Comunitários**

<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>PAÍS/ESTADO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>PREVALÊNCIA GERAL</b>
Jenkins et al.	1998	Reino Unido	CIS-R	18%
Weich et al.	2001	Reino Unido	GHQ (2/3)	24,60%
Araya et al.	2001	Chile	CIS-R	27%
Ludemir& Lewis	2001	Brasil – Recife	SRQ-20	35%
Lopes et al.	2003	Brasil – RJ	GHQ (2/3)	29%
Lima	2003	Brasil -Botucatu	SRQ-20	21,7%
Maragno et al.	2003	Brasil - São Paulo	SRQ-20	27,1%
Araújo et al.	2003	Brasil-Feira Santana	Não Informado	31,2%

SRQ: Self-Report Questionaire. GHQ: General Health Questionaire. CIS: Clinical Interview Schedule.

Fonte: Fortes, 2004, p. 20.

**TABELA 3 – Prevalência de TMC em Unidades de Atenção Geral à Saúde no Mundo**

<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>INSTRUMENTO (ponto de corte)</b>	<b>RESULTADOS</b>
Ustun et al.	1995	OMS – Multicêntrico unidades básicas e ambulatórios gerais	GHQ12 (4/5) CIDI	Média mundial GHQ = 23.2% CIDI = 24%
MaGPIe R.G.	2001	Nova Zelândia – unidades básicas	GHQ12 (4/5)	GHQ = 23,4%
Kessler et al.	1999	Reino Unido – unidades básicas	GHQ12 (2/3)	GHQ = 52%
Araya et al.	1992 1994	Chile – unidades básicas	GHQ12 (4/5)	GHQ = 52,8%
			SRQ20 (9/10)	SRQ = 50,3%
			CIS-R	CIS-R = 52,4%
Weich et al.	1995	Reino Unido – unidades básicas	GHQ12 (2/3)	GHQ = 58,8%
Lobo et al.	1996	Espanha – unidades básicas	GHQ12 (4/5)	GHQ = 27%

SRQ: Self-Report Questionnaire. GHQ: General Health Questionnaire. CIS: Clinical Interview Schedule.

Fonte: Fortes, 2004, p. 21.



### QUADRO 1 – Estrutura do Aconselhamento Interpessoal

ESTRUTURA DO ACONSELHAMENTO INTERPESSOAL	
Número da sessão	Objetivo
1ª.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer uma relação (<i>rapport</i>).</li> <li>• Descartar doença orgânica como causa dos sintomas.</li> <li>• Avaliar a existência de diagnósticos psiquiátricos.</li> <li>• Apresentar o AIP e sugerir uma possível relação entre os sintomas de sofrimento psíquico e o atual estado de estresse.</li> <li>• Explorar o contexto social e interpessoal do paciente (inventário diagnóstico interpessoal).</li> </ul>
2ª.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar com o paciente as atuais áreas de estresse que estejam contribuindo para os sintomas (formulação interpessoal).</li> </ul>
3ª., 4ª. e 5ª.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar o paciente a lidar de modo mais positivo com as áreas de estresse que foram identificadas.</li> <li>• Solicitar e discutir tarefas de casa (homework) usadas para acelerar o processo de mudança em cada área de estresse.</li> </ul>
6ª.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concluir a relação do AIP.</li> </ul>

Fonte: JUDD et al. (2004, p. 335, tradução nossa).

**QUADRO 2 – Estrutura da Terapia de Solução de Problemas**

<b>ESTRUTURA DA TERAPIA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS</b>	
<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>
1ª. Identificar a necessidade do paciente e a aplicabilidade da metodologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer o diagnóstico de transtorno mental.</li> <li>• Identificar os recursos do paciente e sua disposição para participar do tratamento.</li> <li>• Apresentar a proposta de tratamento.</li> </ul>
2ª. Explicar o tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o contrato terapêutico, informar a necessidade de comparecimento às consultas e realização das tarefas solicitadas.</li> <li>• Solicitar para a consulta seguinte que o paciente identifique os problemas e situações que o angustiam.</li> </ul>
3ª. Listar os problemas e eleger o foco prioritário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvir o paciente sobre seus problemas e ajudá-lo a agrupá-los por categorias (interpessoal, familiar, saúde, financeiro, trabalho).</li> <li>• Priorizar um problema para o tratamento.</li> <li>• Dividir a questão selecionada em partes menores manejáveis.</li> </ul>
4ª. Estabelecer metas alcançáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar o paciente a estabelecer metas realistas de acordo com as suas próprias possibilidades. O terapeuta deve questionar metas que pareçam inalcançáveis ou irrealis.</li> </ul>
5ª. Levantar soluções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convidar o paciente a gerar possíveis soluções e questionar suas escolhas considerando os seguintes princípios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- princípio da quantidade: quanto maior a quantidade de soluções cogitadas, mais ideias de qualidade disponíveis;</li> <li>- princípio da variedade: quanto maior a variedade de ideias, melhor;</li> <li>- princípio do adiamento do juízo e dos extremos: primeiro a imaginação, depois o juízo. Falta de atitude, pode ser um extremo.</li> </ul> </li> </ul>
6ª. Eleger uma solução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir junto com o paciente sobre os prós e contras de cada solução, considerando três fatores: grau de resolução do conflito, grau de satisfação geral, relação custo/benefício.</li> <li>• Escolher uma das soluções analisadas e colocá-la em prática.</li> </ul>
7ª. Por a solução em prática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar um plano de ação para efetivar a solução eleita, dividido em pequenos passos exequíveis.</li> <li>• Ajudar a evitar precipitações para que o paciente não perca a autoconfiança. Cada passo deve ser bem específico e pouco ambicioso.</li> </ul>
8ª. Avaliar e repetir o ciclo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar e avaliar o desempenho do paciente ao longo dos passos definidos.</li> <li>• Realçar progressos obtidos.</li> <li>• Evitar críticas no caso de resultados negativos ou soluções do tipo tudo ou nada. Se houver dificuldades, verificar se: os problemas foram pouco definidos, as metas são realistas e as soluções praticáveis, surgiram novos obstáculos, paciente cumpriu as tarefas acordadas.</li> </ul>

Fontes: Garcia-Campayo, (1999), Chiaverini et al. (2011) e Gonçalves et al. (2012).

**QUADRO 3 – Trabalhadoras leigas envolvidas no projeto “Bancos da Amizade” sentadas em frente a um desses bancos**



Fonte: Chibanda et al. (2011, p.3).

#### QUADRO 4 – Estrutura da Terapia Comunitária

<b>ESTRUTURA DA TERAPIA COMUNITÁRIA</b>	
Etapa	Objetivo
1ª. Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambientar o grupo.</li> <li>• Definir os objetivos da TC.</li> <li>• Celebrar a vida (canta-se “Parabéns” aos aniversariantes presentes ou não), celebrar as conquistas individuais e coletivas.</li> <li>• Apresentar as cinco regras da TC: a) fazer silêncio enquanto o outro fala; b) falar sempre na primeira pessoa do singular (EU), relatando as próprias experiências de vida e as soluções encontradas a partir destas; c) não fazer discursos ou sermões, evitar dar conselhos; d) entre as falas, os participantes podem cantar músicas, contar piadas, citar provérbios ou poesias pertinentes ao tema que está sendo discutido; e) respeitar a história de cada pessoa.</li> </ul>
2ª. Escolha do Tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguns participantes apresentam sucintamente problemas e/ou preocupações.</li> <li>• Participantes dizem os temas com os quais se identificaram.</li> <li>• Votação do tema a ser abordado no encontro.</li> <li>• Duração média em torno de dez minutos.</li> </ul>
3ª. Contextualização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa, cujo tema foi o escolhido, explica mais detalhadamente seu problema e todos podem fazer perguntas.</li> <li>• Terapeuta extrai uma pergunta chave, intitulada MOTE.</li> <li>• Duração média em torno de quinze minutos.</li> </ul>
4ª. Problematização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o MOTE que será respondido por todos os participantes falando de suas experiências pessoais. O MOTE incentiva a reflexão do grupo, envolvendo-o com o problema e motivando a construção de uma rede de alternativas e soluções. Pode ser uma pergunta curinga (ex. “Quem já se viu em um problema semelhante assim e como fez para solucioná-lo?”) ou uma pergunta simbólica (ex. “Quem já se sentiu abandonado e como lidou com esse sentimento?”).</li> <li>• Duração média em torno de quarenta e cinco minutos.</li> </ul>
5ª. Rituais de Agregação e Conotação Positiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão de todos os participantes, incluindo os terapeutas, das coisas boas que mais os sensibilizaram.</li> <li>• Na finalização, pode-se cantar uma música ou realizar outro rito coletivo.</li> </ul>
6ª. Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeutas avaliam a condução da roda de TC e dizem como se sentiram pessoalmente.</li> </ul>

Fonte: Andrade et al. (2010); Barreto (2008); Cavalcante et al. (2011); Cordeiro et al. (2011), Gonçalves et al. (2010); Morais (2010); Silva (2010).

**QUADRO 5 – Estrutura de Intervenção Escalonada do Projeto Manas, Índia**

<b>ESTRUTURA DE INTERVENÇÃO ESCALONADA - PROJETO MANAS EM GOA, ÍNDIA</b>					
<b>Passo</b>	<b>Atividade</b>	<b>Perfil do Paciente</b>	<b>Quando</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Profissional de Saúde envolvido</b>
1º	• Início do tratamento.	• Diagnosticados com TMC.	• Na primeira consulta.	• Aconselhamento sobre resultado do questionário de avaliação. • Aconselhamento para procurar o conselheiro leigo em saúde. • Psicoeducação.	• Médico da APS e conselheiro de saúde leigo.
2º	• Manejo de casos moderados e graves.	• Considerado gravemente doente na primeira e com sintomas persistentes no follow-up.	• Na primeira consulta ou no follow-up, quando não respondeu à primeira fase.	• Administração de antidepressivos ou psicoterapia interpessoal • Manejo da aderência ao tratamento.	• Médico da APS e conselheiro de saúde leigo.
3º	• Monitoramento de resultados.	• Que não apresentou melhoras ou não persistiu no tratamento.	• Quando não respondeu ao passo 2, apesar de seguir o tratamento.	• Administração de antidepressivos ou psicoterapia interpessoal. • Manejo da aderência ao tratamento.	• Médico da APS e conselheiro de saúde leigo.
4º	• Encaminhamento ao especialista.	• Que não respondeu, apesar de seguir o tratamento ou com elevado risco de suicídio.	• Quando não respondeu aos passos 2 e 3, apesar de seguir o tratamento e em casos de elevado risco de suicídio.	• Continuação de tratamento anterior e encaminhamento ao médico especialista.	• Especialista clínico.

Fonte: Patel et al. (2010, p. 2087, tradução nossa).

**QUADRO 6 – Modelo Conceitual do Autocuidado**

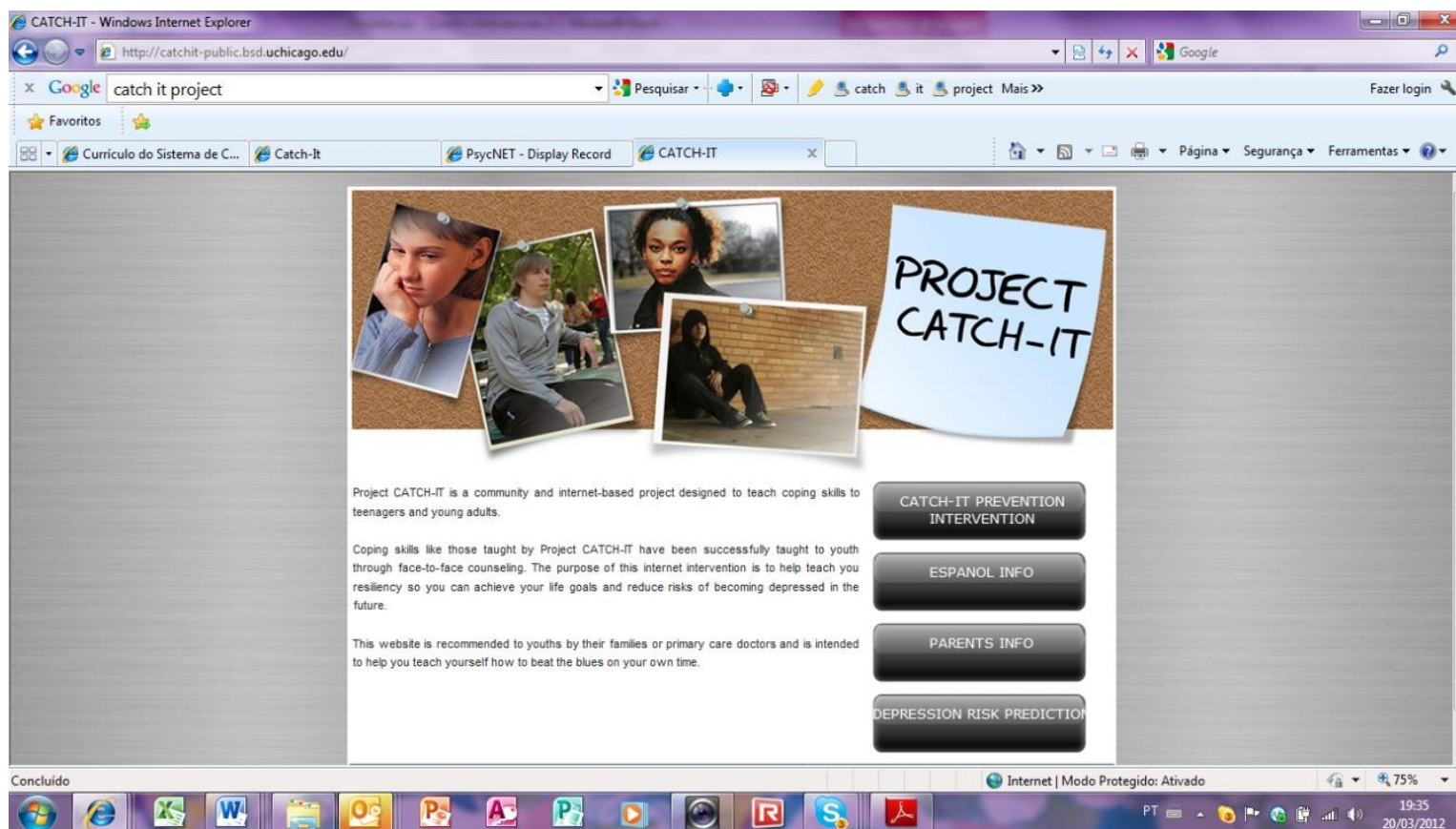


Fonte: Lucock et al. (2011,p. 613, tradução nossa).

### QUADRO 7 – Exemplo de Relatório Computadorizado (versão CIS-R)

<p>Os resultados devem ser usados em conjunto com a avaliação clínica.</p> <p>Data: xx / xx / xx          Nome do Paciente: xxxxx</p>
<p>Sintomas somáticos 3*</p> <p>Preocupação com a saúde física 1</p> <p>Irritabilidade 0</p> <p>Baixo nível de concentração 2*</p> <p>Fadiga 2*</p> <p>Problemas com o sono 0</p> <p>Depressão 3*</p> <p>Ideias depressivas 3*</p> <p>Fobias 2*</p> <p>Preocupação 2*</p> <p>Ansiedade 4*</p> <p>Pânico 0</p> <p>Compulsões 0</p> <p>Obsessões 0</p> <p>Disfunção social (social impairment): as atividades são mais difíceis, mas consegue fazer as coisas.</p> <p>Sintomas com pontuação <math>\geq 2</math> provavelmente são significativos.</p>
<p>Pontuação total 22<sup>#</sup>.</p> <p><sup>#</sup> Pontuação total <math>\geq 12</math> indica nível de estresse clinicamente significativo.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Diagnóstico primário provável: agorafobia.</b></p> <p>Diagnóstico confirmado por: forte medo irracional ou evita sair de casa, locais movimentados, e transporte público. Sintomas pioram quando está desacompanhado.</p> <p>Provável diagnóstico secundário: transtorno de ansiedade e depressão mista.</p> <p>Abuso de álcool de grau 4: improvável para causar danos.</p> <p>Risco de suicídio: pessoa se sente sem esperança, mas não tem pensamento suicida.</p> <p>Pessoa tem histórico psiquiátrico.</p> <p style="text-align: center;"><b>Medicação</b></p> <p>Pelo nível de severidade, antidepressivos devem ser efetivos. Escolha um antidepressivo menos sedativo, por exemplo, imipramina, ou um inibidor de receptação de serotonina.</p> <p style="text-align: center;"><b>Manejo psicológico</b></p> <p>Agorafobia: a evitação de situações que amedrontam faz o medo aumentar. Faça uma lista hierarquizando as situações de medo. Encoraje a exposição começando pelo medo mais fácil. Ofereça um folheto sobre autoajuda.</p> <p style="text-align: center;"><b>Manejo Social</b></p> <p>Preocupado principalmente com a família (incluindo cônjuge ou parceiro). Torna-se deprimido por causa de sua própria saúde mental. Problemas com um filho crescido. Satisfeito com a vida marital. Aborrecido com uma doença séria ou acidente que ocorreu há mais de seis meses.</p>

Fonte: Thomas et al. (2004, p. 833, tradução nossa).

**QUADRO 8 – Tela de entrada do Projeto CATCH-IT, uma intervenção feita através de plataforma automatizada via internet**

Fonte: Disponível em: <http://catchit-public.bsd.uchicago.edu> acesso em 20/03/2012.



## QUADRO 9 – Resumo dos artigos

Autor	País do Autor	Título do Artigo	Objetivo, método e características da intervenção	Local	Perfil dos Pacientes	Perfil do Terapeuta	Resultado
Bass et al. (2006)	EUA	Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6 months outcomes. Randomised controlled trial.	Estudo clínico controlado. Grupos de 5 a 8 pessoas por gênero (homens ou mulheres). 90 min uma vez por semana. 16 sessões.	30 vilarejos nas províncias de Masaka e Rakai, em Uganda.	Pessoas com sintomas depressivos localmente chamados de yo kwekyawa e okwekubazida.	Terapeuta: mão de obra leiga, morador local, escolaridade de nível médio, com 2 semanas de treinamento em TIP.	6 meses após a intervenção TIP participantes tinham média de pontuação para depressão grave, sintomas depressivos e danos funcionais menor do que grupo controle. O efeito da intervenção perdurou após 6 meses.
Van Schaik et al. (2007)	Holanda	Interpersonal psychotherapy for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians.	TIP x TU. TIP - 10 sessões. Modelo de cuidado colaborativo.	12 clínicas gerais em Amsterdam e arredores	Idade $\geq$ 55anos, que tenha visitado a APS no último mês. Detecção: pontuação $\geq$ 5 GDS-15, mais avaliação no PRIME-MD.	9 enfermeiras psiquiátricas e 6 psicólogos, ¾ mulheres, com 5 anos ou mais de experiência em saúde mental. 13 haviam trabalhado 2 anos ou mais com idosos. Dos psicólogos, 1 com formação psicodinâmica, 4 em TCC, 1 em terapia familiar, enfermeiras psiquiátricas sem formação psicoterapêutica.	Satisfação de pacientes, médicos e terapeutas foi positiva. 6 meses depois, TIP teve resultado superior ao TU em casos de depressão moderada a severa, mas não para depressão leve.

**QUADRO 9 – Resumo dos artigos (continuação)**

<b>Autor</b>	<b>País do Autor</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Objetivo, método e características da intervenção</b>	<b>Local</b>	<b>Perfil dos Pacientes</b>	<b>Perfil do Terapeuta</b>	<b>Resultado</b>
Cramer et al. (2011)	Reino Unido	Group cognitive behavioural therapy for women with depression: pilot and feasibility study for a randomised controlled trial using mixed methods.	Estudo piloto para examinar a aceitabilidade de intervenção grupal de TCC e a viabilidade de realizar um ensaio clínico controlado de grande porte. Grupo 12 sessões. TCC + TSP + desenvolvimento de habilidades.	Unidades primárias em áreas carentes de Bristol, no Reino Unido	Mulheres, 30 a 55 anos, maioria com depressão moderada ou moderadamente severa, e com sintomas moderadamente altos de ansiedade, moradia de aluguel em áreas mais carentes, baixo nível educacional, 1/3 divorciadas e 2/3 recebendo ajuda ou benefício social. Avaliação com PHQ-9 e outros instrumentos.	Mão de obra leiga com alguma familiaridade com o contexto social local, com experiência em aconselhamento e grupos. Treinamento de 5 dias.	1) Avaliação qualitativa. Motivação para participar: receber ajuda para mudar, interação social no grupo, preferência por assistência que não envolva medicação, altruísmo. 2) Avaliação quantitativa: intervenção de TCC em grupo de mulheres tem aceitabilidade, ensaio clínico randomizado de grande porte é viável.
Hoifodt et al (2011)	Noruega	Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review.	Revisão bibliográfica seletiva de dezessete pesquisas sobre TCC para depressão e ansiedade conduzida por terapeutas da APS sem formação especializada em saúde mental.	Estudos de várias procedências.	Não se aplica.	Análise do trabalho de terapeutas da APS (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou outros terapeutas) sem formação especializada em saúde mental.	O uso da TCC, especialmente em intervenções auxiliadas por computadores e/ou internet, é potencialmente mais efetivo do que TU e pode ser conduzido por terapeutas da APS com resultados positivos.

**QUADRO 9 – Resumo dos artigos (continuação)**

<b>Autor</b>	<b>País do Autor</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Objetivo, método e características da intervenção</b>	<b>Local</b>	<b>Perfil dos Pacientes</b>	<b>Perfil do Terapeuta</b>	<b>Resultado</b>
Liu et al. (2007)	China	Controlled trial of problem-solving therapy and consultation-liason for common mental disorders in general medical settings in Taiwan.	Ensaio clínico randomizado para examinar se modelos de atenção avançada geram melhores resultados para TMC na APS de Taiwan. Comparação da eficácia: 1) TU x 2) TSP +TU x 3) consulta psiquiátrica + tratamento usual (CP+TU).	APS em Taiwan.	Pacientes detectados por médicos não psiquiatras e encaminhados para avaliação de TMC. Pontuação $\geq 12$ na versão chinesa do CIS-R, 18 a 70 anos.	Do grupo TSP+TU = psicólogos, assistentes sociais e enfermeira com experiência em serviços psiquiátricos + treinamento de 4 dias em TSP + 1 ano de supervisão contínua em grupo. Do grupo CP+TU = 6 psiquiatras do próprio serviço + 2 horas de treinamento.	Nos 3 grupos pacientes melhoraram, como o resultado foi semelhante não houve vantagens na atenção com TSP+TU ou com CP+TU quando comparado ao TU do clínico geral. Teste envolveu 1 intervenção por vez, intervenções escalonadas como no modelo colaborativo talvez seja melhor. Intervenções de interconsulta e de terapia breve requerem melhor suporte organizacional para serem eficazes. Aspectos culturais podem ter impactado.
Chibanda et al. (2011)	Zimbábue	Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV.	TSP localmente adaptada com consulta individual + visita domiciliar.	“Bancos de Amizade” dispostos nas clínicas de saúde.	Indicados por funcionários da APS, comunidade e trabalhadoras leigas ou autorreferência. Idade acima de 18 anos, morador da região coberta pelas trabalhadoras leigas, com pontuação > sete no SSQ. Motivo para consultar o “Banco da Amizade”: HIV, queixas somáticas e violência doméstica.	Trabalhadoras leigas que já fazem vigilância e promoção da saúde, e fornecem suporte para pacientes e familiares com HIV/AIDS. Idade média 58 anos, da localidade há 15 anos. Recebem apoio diário em grupo conduzido por enfermeira treinada em aconselhamento. Supervisão quinzenal com psicólogo e mensal com psiquiatra.	Pontuação baixou 4,8 pontos no SSQ após 3 a 6 sessões. Dos que completaram 3 ou mais sessões, 66% se recuperou, obtendo pontuação abaixo do nível de corte no SSQ em seis a oito semanas. Queda no SSQ foi proporcional ao número de sessões. Quem frequentou mais, se beneficiou mais. 9 das 10 trabalhadoras leigas avaliaram serem capazes de prestar o serviço.
Kendrick et al. (2006)	Reino Unido	Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders.	Análise do custo-efetividade de ensaio clínico que comparou TU do clínico geral X TU de enfermeira psiquiátrica comunitária X tratamento de enfermeira psiquiátrica comunitária treinada em TSP. 1h de entrevista inicial + até 5 sessões de 30-45 min. Avaliação com vários instrumentos após 8 e 26 semanas.	Províncias de Hampshire e Dorset, 18 clínicas gerais urbanas, 33 suburbanas e 11 rurais.	Indicados pelo clínico geral, idade 18 a 65 anos, com episódio recente de ansiedade, depressão ou reação às dificuldades da vida, sintomas com duração de 4 semanas a 6 meses, pontuação $\geq 3$ no GHQ-12.	Clínico geral X enfermeira do serviço de saúde mental local X enfermeira psiquiátrica treinada em TSP. Treinamento composto de 3 dias + supervisão de 5 casos + reunião de acompanhamento.	Não houve diferença entre os três grupos. Provável que muitos pacientes melhorem apenas com TU do clínico geral. Clínico geral não deve encaminhar indistintamente, deve triar pacientes. Encaminhamento prematuro não parece trazer benefícios adicionais. TSP deve ser reservada àqueles com depressão moderada e que não responderam ao tratamento do clínico geral. Assistência especializada custa praticamente o dobro do tratamento com clínico geral.

### QUADRO 9 – Resumo dos artigos (continuação)

Autor	País do Autor	Título do Artigo	Objetivo, método e características da intervenção	Local	Perfil dos Pacientes	Perfil do Terapeuta	Resultado
Patel et al. (2010)	Índia	Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial.	Ensaio clínico randomizado em <i>cluster</i> , sendo 4 grupos. intervenção escalonada X TU, unidades públicas X privadas. Cuidados colaborativos escalonados com <i>case management</i> + intervenções psicossociais (psicoeducação e TIP) + antidepressivo prescrito pelo clínico geral + supervisão com especialista saúde mental. 6 a 12 sessões de TIP. (ver Quadro 4).	Unidades de APS em Goa.	Idade mais de 17 anos, não precisar de assistência médica urgente, não ter dificuldades de audição, visão, fala ou cognição que atrapalhe a entrevista; não ter passado pela rotina de detecção nas duas semanas anteriores; pontuação positiva no GHQ-12, prever continuar morando em Goa no ano seguinte.	Trabalhador leigo, local, sem experiência prévia na área de saúde, submetidos treinamento estruturado de dois meses. “Administrador de caso” em colaboração com clínico e especialista em saúde mental, responsável por tudo que não envolvesse a administração de drogas.	Pacientes com TMC dos grupos de intervenção tiveram maior probabilidade de estar recuperados em 6 meses do que os dos grupos de controle (65% contra 52,9%). Forte evidência de resultado nas unidades públicas, mas nenhuma em unidades privadas. Para depressão, não foi encontrada nenhuma evidência, talvez pela inadequação da intensidade dos tratamentos. Nesses casos deve ser usado tratamento psicológico mais específico e farmacoterapia mais agressiva. Intervenção colaborativa escalonada conduzida por mão de obra leiga pode melhorar TMC na APS com baixo custo.
Patel et al. (2011)	Índia	Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months.	idem	idem	idem	idem	Nas unidades públicas, resultados mantiveram-se consistentes depois de 12 meses, com redução de 30% na prevalência de TMC entre aqueles que no início da intervenção apresentavam sintomas de acordo com a CID-10. Efeito semelhante no subgrupo com depressão, casos de tentativa de suicídio diminuíram 36% no período. Forte associação entre dias de folga e morbidade física e uma associação mais modesta em relação à deficiência em geral. Novamente comprovou-se pouca evidência de impacto da intervenção nas unidades privadas.

**QUADRO 9 – Resumo dos artigos (continuação)**

<b>Autor</b>	<b>País do Autor</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Objetivo, método e características da intervenção</b>	<b>Local</b>	<b>Perfil dos Pacientes</b>	<b>Perfil do Terapeuta</b>	<b>Resultado</b>
Lucock et al. (2011)	Reino Unido	Self-care in mental health services: a narrative review.	Revisão narrativa de 20 estudos qualitativos sobre a visão de de pessoas a respeito de autoajuda, autocuidado, automanejo (self-management) ou reabilitação em adultos com problemas de saúde mental.	Estudos de várias procedências.	Não se aplica.	Não se aplica.	Propõem um modelo conceitual sobre o autocuidado (ver Quadro 5).
Coull e Morris (2010)	Reino Unido	The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review.	Revisão sistemática com meta-análise de 13 estudos sobre eficácia clínica de intervenções de autoajuda dirigida e baseada na TCC (cognitive-behavioural therapy based guided self-help)	Estudos de EUA, Suécia, Reino Unido e Holanda.	Não se aplica.	Não se aplica.	Eficácia da autoajuda dirigida no pós-tratamento imediato, porém limitada no acompanhamento ou entre amostras clinicamente representativas. Ocorreram diferenças importantes na avaliação da eficácia, dependendo da forma de recrutamento dos participantes. Apesar das evidências da eficácia em indivíduos que se candidataram espontaneamente (autoseleção), em pacientes encaminhados pelos serviços de APS, a evidência não foi conclusiva.

**QUADRO 9 – Resumo dos artigos (continuação)**

<b>Autor</b>	<b>País do Autor</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Objetivo, método e características da intervenção</b>	<b>Local</b>	<b>Perfil dos Pacientes</b>	<b>Perfil do Terapeuta</b>	<b>Resultado</b>
Lewis et al. (1996)	Reino Unido	Computerized assessment of common mental disorders in primary care: effect on clinical outcome.	Ensaio clínico controlado. Examinar a eficácia de prover ao clínico no início do tratamento do paciente a avaliação computadorizada PROQSY com base no CIS-R. Verificar efeito sobre evolução clínica do paciente, e quantidade de consultas de retorno, de encaminhamentos e de prescrições.	Clínica geral em área degradada da região sudeste de Londres.	Pontuação $\geq 2$ no GHQ.	Clínico geral.	Fornecer ao médico apenas os resultados do GHQ não influenciou a evolução clínica. Em contrapartida, quando a avaliação computadorizada foi adicionada ao processo de detecção inicial dos casos, houve uma pequena melhora nos resultados. Há potencial para o uso de avaliações computadorizadas autoaplicáveis na APS que deve ser explorado.
Thomas et al. (2004)	Reino Unido	Computerised patient-specific guidelines for management of common mental disorders in primary care: a randomised controlled trial.	Estudo clínico controlado. Comparar a efetividade da detecção de caso usando uma avaliação psiquiátrica computadorizada com recomendações de tratamento X TU no manejo de TMC na APS.	Cinco clínicas gerais de Bristol e Cardiff.	Idade acima de 16 anos, pontuação $\geq 3$ no GHQ.	Clínico geral.	Unico efeito foi a significativa redução na média do GHQ do grupo de intervenção seis semanas, que pode estar associada à detecção inicial de casos utilizando a avaliação psiquiátrica computadorizada fornecida ao clínico. Sistemas informatizados são capazes de combinar os dados do paciente com diretrizes de tratamento, gerando um conjunto de instruções específicas e direcionadas para o gerenciamento de cada caso, o que pode facilitar a tomada de decisão por parte do clínico.

**QUADRO 9 – Resumo dos artigos (continuação)**

<b>Autor</b>	<b>País do Autor</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Objetivo, método e características da intervenção</b>	<b>Local</b>	<b>Perfil dos Pacientes</b>	<b>Perfil do Terapeuta</b>	<b>Resultado</b>
Van Voorhees et al. (2007)	EUA	Development and process evaluation of a Primary Care internet-based intervention to prevent depression in emerging adults. (Versão inicial do Projeto CATCH-IT).	Entrevista inicial + intervenção via plataforma automatizada com 11 módulos + entrevista final.	Duas unidades de APS, sendo uma unidade urbana e outra localizada numa instituição universitária.	Jovens de 18 a 25 anos, recrutados via folhetos distribuídos nas clínicas e arredores, com risco de desenvolver depressão grave, com base no histórico pessoal ou familiar de depressão clínica.	Clínico da APS.	Todos que completaram a intervenção (8 de 14) demonstraram tendência favorável à redução dos fatores de risco entre todos que completaram a intervenção (8 de 14), incluindo sintomas depressivos, pensamento disfuncional e apoio social antes e depois da intervenção, o que indica a eficácia da intervenção. A fidelidade da intervenção foi considerada satisfatória. Entretanto intervenção foi considerada longa e repetitiva. Características que influenciaram positivamente: aliança terapêutica entre clínico e os jovens; o desejo de reduzir os sintomas de depressão de modo natural, sem contato com o especialista em saúde mental; baixo custo, privacidade e acessibilidade da internet.
Landback et al. (2009)	EUA	From Prototype to Product: Development of a Primary Care/Internet Based Depression Prevention Intervention for Adolescents (Versão aprimorada do Projeto CATCH-IT).	Entrevista inicial + intervenção via plataforma automatizada com 14 módulos + entrevista final. Projeto foi aperfeiçoado com: introdução de ligações telefônicas de acompanhamento, projeto didático mais atraente, novos módulos de motivação, de ativação comportamental, para abordagem aos pais.	Dez unidades de APS pertencentes a quatro organizações de saúde diferentes.	Jovens de 14 a 21 anos, recrutados via folhetos distribuídos nas clínicas e arredores, com risco de desenvolver depressão grave, com base no histórico pessoal ou familiar de depressão clínica.	Clínico da APS.	Resultados dessa versão foram superiores àqueles do protótipo da intervenção. Maior porcentagem de itens completados nas entrevistas e na internet; maior satisfação com o componente da internet; dispêndio de mais tempo na parte da internet; maior disposição de indicar o tratamento para outros jovens; maior utilidade percebida para jovens da mesma idade; maior ajuda percebida para identificar “pensamentos e comportamentos que eu gostaria de mudar” e para resolver problemas de relacionamento, disposição para pagar um valor maior por essa versão do que pela anterior. Taxa de participação em torno de 90%, índice superior aos 35% que completam uma psicoterapia após serem encaminhados pelo clínico da APS.

**QUADRO 10 – Instrumentos utilizados nas pesquisas analisadas**

<b>AUTOR</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>PONTO DE CORTE USADO PELO AUTOR</b>	<b>FINALIDADE</b>
Bass et al. (2006)	Hopkins Symptom Checklist.	não informado.	Detecção. Instrumento usado com populações não ocidentalizadas.
	Avaliação de danos funcionais com escala Likert (nome não informado).	não informado.	Avaliação de danos funcionais.
Chibanda et al. (2011)	Questionário de Sintomas de Shona (SSQ)	> 7	Detecção ou identificação de caso ( <i>case finding</i> ). Instrumento desenvolvido e validado no Zimbábue via métodos transculturais. 14 itens de avaliação.
Cramer et al. (2011)	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	10/20 e 10/24	Avaliação de depressão.
	Beck Anxiety Inventory	não informado.	Avaliação de ansiedade.
	Short Form-12 Questionnaire	não informado.	Avaliação do estado de saúde.
	Automatic Thoughts Questionnaire (versão abreviada)	não informado.	Avaliação de pensamentos disfuncionais.
	Medical Outcome Study Social Support Survey (versão abreviada)	não informado.	Avaliação de suporte social.
Lewis et al. (1996)	General Health Questionnaire (GHQ-12)	≥ 2	Detecção ou identificação de caso ( <i>case finding</i> ).
	Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R)	não informado.	Instrumento para avaliar TMC na comunidade e em serviços de APS baseado na CID-10.
Liu et al. (2007)	Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R) (versão chinesa)	≥ 12	Avaliação de TMC na comunidade e em serviços de APS baseado na CID-10.



**QUADRO 10 – Instrumentos utilizados nas pesquisas analisadas (continuação)**

<b>AUTOR</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>PONTO DE CORTE USADO PELO AUTOR</b>	<b>FINALIDADE</b>
Kendrick et al. (2006)	General Health Questionnaire (GHQ-12)	≥ 3	Detecção ou identificação de caso ( <i>case finding</i> ).
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	não informado.	Instrumento para avaliação de ansiedade e depressão.
	Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R) em versão computadorizada PROQSY 3	não informado.	Instrumento para avaliar TMC na comunidade e em serviços de APS baseado na CID-10.
	Social Adjustment Scale	não informado.	Escala de 45 itens para avaliar o funcionamento em 7 áreas.
	Questionário para avaliar Terapia de Solução de Problema.	não informado.	Avaliação de satisfação do paciente com 10 itens.
	EuroQol ES-5D	não informado.	Avaliação de qualidade de vida.
Patel et al. (2010)	General Health Questionnaire (GHQ-12)	> 5	Detecção ou identificação de caso ( <i>case finding</i> ).
Thomas et al. (2004)	General Health Questionnaire (GHQ-12)	≥ 3	Detecção ou identificação de caso ( <i>case finding</i> ).
	Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R)	≥ 12 para participar da intervenção. > 20 para receber antidepressivo.	Instrumento para avaliar TMC na comunidade e em serviços de APS baseado na CID-10.
	Sickness Impact Profile	não se aplica.	Avaliação do estado de saúde da qualidade de vida através do comportamento. Contém 136 itens dispostos em 12 categorias.
	Short Form Health Survey (SF-36)	não se aplica.	Avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida.
Van Schaik et al. (2007)	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	> 5	Questionário de detecção.
	Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)	não informado.	Avaliação diagnóstica baseada no DSM-IV.
Van Voorhees et al. (2007)	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	> 16 (exclusão depressão maior)	Avaliação de sintomas depressivos.
	Automatic Thoughts Questionnaire Revised	não informado.	Avaliação de pensamentos disfuncionais.
	Social Support Questionnaire – Short Form	não informado.	Avaliação de suporte social.

