



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Alice Lopes do Amaral Menezes

**Saúde Mental na Atenção Primária:  
um estudo local sobre sofrimento emocional e acesso ao cuidado em tempos  
de Saúde Mental Global**

Rio de Janeiro

2018

Alice Lopes do Amaral Menezes

**Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo local sobre sofrimento emocional e  
acesso ao cuidado em tempos de Saúde Mental Global**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, 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 Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Ortega

Co-orientadora: Profa. Dra. Sandra Fortes

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M543 Menezes, Alice Lopes do Amaral  
Saúde mental na Atenção Primária: um estudo local sobre sofrimento emocional e acesso ao cuidado em tempos de Saúde Mental Global / Alice Lopes do Amaral Menezes – 2018.  
211f.

Orientador: Francisco Ortega.  
Coorientadora: Sandra Fortes.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Atenção primária à saúde – Teses. 2. Saúde mental - Teses. 3. Médico e paciente – Teses. 4. Sofrimento – Aspectos psicológicos – Teses. I. Ortega, Francisco. II. Fortes, Sandra. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.253:616.89

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

---

Assinatura

---

Data

Alice Lopes do Amaral Menezes

**Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo local sobre sofrimento emocional e  
acesso ao cuidado em tempos de Saúde Mental Global**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, 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 Saúde.

Aprovada em: 30 de julho de 2018.

Co-orientadora:      Profª. Dra. Sandra Fortes  
                                  Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Francisco Ortega (orientador)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rossano Cabral Lima  
Instituto de Medicina Social - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

\_\_\_\_\_  
Profª. Dra Maria Tavares Cavalcanti  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Pilar Belmonte  
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2018

## **DEDICATÓRIA**

Ao Marcus que me faz sentir a pessoa mais privilegiada do mundo. E que as reflexões aqui contidas sirvam de algum modo para ajudar todos aqueles que sofrem da alma, de doenças e/ou de desigualdades sociais.

## AGRADECIMENTOS

Ao Marcus pelo mimo de fazer sempre (quase) todas as minhas vontades, incluindo enfrentar as breves férias conjugais durante o período do doutorado sanduíche em que estive em Montreal. Nessa banca, nosso amor foi aprovado!

A minha mãe Estela por aceitar ser sequestrada e ficar em cárcere privado para ajudar na revisão desta tese.

A meu pai Ricardo pelos consertos que impediram que minha casa se desmantelasse durante a finalização deste trabalho.

A minha irmã Aline pelo incentivo para que eu adotasse duas lindas gatinhas e suportasse ir até o fim. Você tinha razão, as gatisses de Luna e Nina me levaram longe!

Aos tios canadenses Luís e Lucie e a meus padrinhos Sonia e Paulo pelo apoio e companhia durante o doutorado sanduíche em Montreal.

A minha tia Beatriz pela revisão crítica da seção de metodologia e por sempre me incentivar, acreditando no meu potencial.

A minha sogra Dora pelo delicioso feijão caseiro que me deu energia para tocar esta empreitada.

À amiga Luanda por manter viva nossa parceria ao longo desses quase dez anos em que estive envolvida com o mestrado e o doutorado.

Ao querido orientador Francisco Ortega pela presença constante, mas principalmente pela tranquilidade que quebrou um paradigma cultural em relação aos espanhóis. Espero que continuemos nossa parceria!

À querida orientadora Sandra Fortes por ser uma eterna fonte de motivação e inspiração e pela companhia em desbravar não só o Departamento de Psiquiatria Transcultural na Universidade *McGill*, mas também os bares de Montreal. Que venham novas aventuras!

Ao orientador na Universidade *McGill*, Laurence Kirmayer, pela sabedoria de uma vida inteira dedicada a gerar e transmitir conhecimentos sobre saúde mental.

Aos colegas do doutorado: Celina Ragoni, Manuela Muller, Tatiana Soares, Angela Figueiredo, Leandro David e demais colegas pelas trocas instigantes. Em especial à Celina e à Manu por me entenderem quase que telepaticamente.

Aos colegas da CAPES do doutorado sanduíche que tornaram a estada em Montreal mais calorosa.

Aos colegas da *McGill* que me mostraram que existe uma vida acadêmica com mais estrutura e recursos.

À Karen Athié pela inspiração como colega de academia e admiração como parceira profissional, ambas alimentadas pela amizade pessoal.

Aos colegas do LIPAPS e da Psicologia Médica: Angela Machado, Anna Florenzano, Bianca Souza, Celina Ragoni, Daniela Pimenta, Débora Teixeira, Ellen Aragão, Mônica Campos, Hélio Rocha, Joana Moscoso, Joana Thiesen, Janete Alves, Kali Alves, Luiz Fernando Chazan, Manoela Salgado, Sandra Impagliazzo, Vânia Fagundes, Beth Pini, pela amizade e trocas acadêmicas que começaram na Psicologia Médica e se estenderam pela vida. Azamigas e aozamigos do peito, do Palas, da ECO, da Telemar, da OI, da vida por não me abandonarem jamais!

À terapeuta Márcia Guimarães pelo apoio emocional.

Às terapeutas Ísis Pristed e Suely Martinho pelo apoio espiritual e energético.

À UERJ por se tornar um lugar de afeto entre tanto cimento.

Ao IMS por manter viva a Saúde Coletiva e assim a formação crítica e a busca pela equidade e justiça social.

À Secretaria Acadêmica, especialmente, à Silvia, Eliete, Simone e Aline pelo apoio incondicional.

Aos demais funcionários do IMS pelo ambiente familiar.

Aos colegas do IMS, sobretudo, àqueles do Coletivo, por me provocarem tantas reflexões e por colocarem em prática os valores democráticos que aprendemos nos livros.

A Alessandra Aniceto e Kalline de Souza, representantes dos alunos, pela boa vontade e todo o apoio acadêmico-administrativo junto ao IMS quando precisei.

Ao CNPQ por viabilizar um sonho e à CAPES por levar o sonho ainda mais longe durante o período sanduíche em Montreal, Canadá.

A todos vocês o meu mais sincero obrigada, espero poder um dia retribuir!

Um homem dos vinhedos falou, em agonia,  
junto ao ouvido de Marcela.  
Antes de morrer, revelou a ela o segredo:  
- A uva – sussurrou – é feita de vinho.  
Marcela Pérez-Silva me contou isso, e eu pensei:  
se a uva é feita de vinho,  
talvez a gente seja as palavras que contam o que a gente é.

*Galeano, 2018*



## RESUMO

MENEZES, Alice Lopes do Amaral. **Saúde Mental na Atenção Primária**: um estudo local sobre sofrimento emocional e acesso ao cuidado em tempos de saúde mental global. 2018. 211f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Esta pesquisa tem como foco o sofrimento emocional e o acesso a seu respectivo cuidado na Atenção Primária no âmbito local, e busca dialogar com o panorama do campo da Saúde Mental Global. Ao redor do mundo, milhões de pessoas padecem de problemas de saúde mental, mas cerca de 75% não recebem o tratamento de que precisam, principalmente em países de média e baixa renda. No Brasil, frequentemente, muitas buscam auxílio na Estratégia de Saúde da Família manifestando sofrimento por meio de queixas somáticas difusas, associadas ou não a doenças físicas e/ou mentais. Porém, o índice de reconhecimento do sofrimento por médicos generalistas ainda é baixo. Considerando que não há saúde sem saúde mental e a precariedade do cuidado de saúde mental, objetiva-se investigar a percepção de pacientes sobre o sofrimento emocional e o acesso a seu cuidado na Atenção Primária. A relevância desta pesquisa se deve a: escassez de pesquisas no tema, alta prevalência do sofrimento emocional e alto impacto socioeconômico, lacuna de tratamento. Adotando perspectiva qualitativa, foram realizados dois estudos. Um estudo empírico com grupos focais sobre sofrimento e cuidado e outro teórico-conceitual com revisão bibliográfica sobre os termos “acesso” e “*treatment gap*”. Os grupos focais com pacientes em sala de espera ocorreram em unidades com serviços de Atenção Primária na Área Programática 2.2 no Município do Rio de Janeiro. Foi criado um roteiro de perguntas baseado no instrumento *McGill MINI* Narrativa de Adoecimento. As narrativas foram interpretadas com o método de Análise de Conteúdo e resultou em cinco categorias: 1) Explicação do Sofrimento; 2) Comunicação do Sofrimento ao Médico; 3) Comunicação da Estruturação do Cuidado; 4) Comunicação do Sofrimento no Contexto Assistencial; 5) Facilitadores e Barreiras. As barreiras envolvem crenças intrínsecas ao paciente, atitudes do médico e um contexto assistencial tumultuado, que interagem formando um *looping* antiterapêutico, o qual compromete o acesso ao cuidado. Analisando as barreiras segundo modelo multidimensional de acesso, constatou-se que as mesmas se correlacionam principalmente às dimensões simbólica, técnica e organizacional, mas não deixam de refletir também a conjuntura das dimensões econômico-social e política do acesso. Foram discutidas estratégias para contornar as barreiras e nortear o desenvolvimento de abordagens culturalmente sensíveis e socialmente relevantes que facilitem o acesso ao cuidado do sofrimento na APS brasileira.

Palavras-chave: Acesso. Atenção Primária. Narrativa. Relação médico-paciente. Saúde Mental Global. Sofrimento Emocional.

## ABSTRACT

MENEZES, Alice Lopes do Amaral. **Mental Health in Primary Care**: a local study on emotional distress and access to care in Global Mental Health era. 2018. 211f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This research focuses on the emotional suffering and access to their respective care in Primary Care at the local level, and seeks to dialogue with the panorama of the field of Global Mental Health. Around the world, millions of people suffer from mental health problems, but about 75% do not receive the treatment they need, especially in middle- and low-income countries. In Brazil, frequently, many seek assistance in the Family Health Strategy by expressing emotional distress through somatic complaints, which may be associated or not with physical and/or mental illnesses. However, the rate of recognition of suffering by general practitioners is still low. Considering there is no health without mental health and also the precariousness of mental health care, the objective is to investigate the patients' perception of emotional distress and access to their care in Primary Care. The relevance of this research is due to: lack of research on the theme, high prevalence of emotional distress and high socioeconomic impact, treatment gap. Adopting a qualitative perspective, two studies were carried out. An empirical study with focus groups and another theoretical-conceptual study by literature review on the terms "access" and "treatment gap". Focus groups with patients in waiting rooms occurred in units with Primary Care services in 2.2 Catchment Area in the Municipality of Rio de Janeiro. A questionnaire was created based on the instrument McGill Narrative Interview (MINI). The narratives were interpreted using the Content Analysis method and resulted in five categories: 1) Explanation of Emotional Distress; 2) Communication of Emotional Distress to the Physician; 3) Communication of the Structure of Care; 4) Communication of Emotional Distress and Services Context; 5) Facilitators and Barriers. The barriers involve intrinsic patient beliefs, physician attitudes and a tumultuous care context. These barriers interact and shape an antitherapeutic looping, which compromises access to care. Analyzing the barriers according to a multidimensional model of access, it was verified that these correlate to the symbolic, technical and organizational dimensions, but they also reflect the conjuncture of the economic-social and political dimensions of access. Strategies to overcome barriers and guide the development of socially sensitive and culturally relevant approaches that facilitate access to the care of emotional distress in Brazilian PHC were discussed.

Keywords: Access. Doctor-patient relationship. Emotional distress. Global Mental Health. Narrative. Primary Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Sete boas razões para integrar a Saúde Mental à Atenção Primária.....	50
Quadro 2 - Dez recomendações para abordar a lacuna de tratamento.....	69
Quadro 3 - Políticas de Saúde Global específicas para a Saúde Mental.....	80
Figura 1 - Mapa da Área Programática 2.2.....	102
Quadro 4 - Estratégias de busca bibliográfica com o termo “Treatment Gap” .....	109
Quadro 5 - Síntese dos métodos.....	110
Figura 2 - Modelo Multidimensional de Análise de Acesso.....	122
Quadro 6 - Algumas causas da lacuna de tratamento.....	128
Quadro 7 - Facilitadores e barreiras ao cuidado.....	140
Figura 3 - Looping anti-terapêutico.....	142

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro(s) de Atenção Psicossocial
DALY	<i>Disability adjustment life years</i> ou ano de vida perdido por incapacidade
DNT	Doenças não transmissíveis
DSS	Determinantes sociais da saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GMH	<i>Global Mental Health</i>
LMIC	<i>Low and middle income countries</i> ou países de baixa e média renda
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RMP	Relação médico-paciente
SE	Sofrimento emocional
SM	Saúde Mental
SMG	Saúde Mental Global
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno(s) Mental(is) Comum(ns)
TMGP	Transtorno(s) Mental(is) Grave(s) e Persistente(s)
WHO	<i>World Health Organization</i>
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	16
1	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	37
1.1	<b>O foco desta pesquisa: a problemática do sofrimento emocional e de seu reconhecimento na Atenção Primária à Saúde.....</b>	38
1.1.1	<u>O sofrimento emocional e sua relação com os Transtornos Mentais Comuns.....</u>	38
1.1.2	<u>O sofrimento emocional na visão de alguns autores das Ciências Humanas e Sociais.....</u>	42
1.1.3	<u>Atenção Primária como nível assistencial mais adequado para o cuidado do sofrimento emocional.....</u>	45
1.1.4	<u>A dificuldade de reconhecimento do sofrimento emocional.....</u>	54
1.2	<b>O panorama da “Saúde Mental para Todos”.....</b>	57
1.2.1	<u>A constituição do campo da Saúde Mental Global.....</u>	57
1.2.2	<u>A Organização Mundial de Saúde construindo a prioridade da Saúde Mental na agenda global.....</u>	65
1.2.3	<u>A Organização Mundial de Saúde elevando a prioridade da Saúde Mental na agenda global.....</u>	76
1.2.4	<u>As pesquisas no campo da Saúde Mental Global.....</u>	80
1.2.5	<u>Divergências e críticas ao discurso hegemônico da Saúde Mental Global.....</u>	87
1.2.6	<u>O campo da Saúde Mental Global no Brasil.....</u>	92
2	<b>A METODOLOGIA E SUA APLICAÇÃO.....</b>	99
2.1	<b>Método 1: estudo empírico com grupos focais.....</b>	99
2.1.1	<u>Contexto do estudo empírico.....</u>	100
2.1.2	<u>Local do estudo.....</u>	100
2.1.3	<u>Cenário assistencial.....</u>	102
2.1.4	<u>Público-alvo.....</u>	103
2.1.5	<u>Instrumento utilizado.....</u>	103
2.1.6	<u>Coleta de dados.....</u>	104
2.1.7	<u>Análise de dados.....</u>	105
2.1.8	<u>Aspectos éticos.....</u>	106
2.2	<b>Método 2: estudo teórico-conceitual sobre “acesso” e “<i>treatment gap</i>”.....</b>	106
2.2.1	<u>Contexto da revisão bibliográfica.....</u>	107
2.2.2	<u>Procedimento do levantamento bibliográfico.....</u>	108

2.2.3	<u>Síntese dos métodos empírico e bibliográfico</u> .....	109
3	<b>RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO E DO ESTUDO TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	111
3.1	<b>Resultado 1: estudo empírico com grupos focais</b> .....	111
3.1.1	<u>As categorias de análise encontradas</u> .....	111
3.1.1.1	Categoria: explicação do sofrimento.....	112
3.1.1.2	Categoria: comunicação do sofrimento ao médico.....	113
3.1.1.3	Categoria: comunicação da estruturação do cuidado.....	114
3.1.1.4	Categoria: comunicação do sofrimento no contexto assistencial.....	115
3.2.	<b>Resultado 2: estudo teórico-conceitual sobre “acesso” e “<i>treatment gap</i>”</b> ....	116
3.2.1.	<u>O conceito de acesso</u> .....	117
3.2.2.	<u>O conceito de <i>treatment gap</i> ou lacuna de tratamento</u> .....	123
4	<b>ANÁLISE RELACIONANDO OS DADOS EMPÍRICOS E CONCEITUAIS</b> .....	135
4.1	<b>Análise dos resultados empíricos segundo as categorias encontradas</b> .....	135
4.1.1	<u>Considerações sobre a categoria explicação do sofrimento</u> .....	135
4.1.2	<u>Considerações sobre a categoria comunicação do sofrimento ao médico</u> .....	136
4.1.3	<u>Considerações sobre a categoria comunicação da estruturação do cuidado</u> .....	137
4.1.4	<u>Considerações sobre a categoria comunicação do sofrimento no contexto assistencial</u> .....	138
4.1.5	<u>Síntese das categorias</u> .....	139
4.2	<b>Análise dos resultados segundo a interação das categorias encontradas</b> .....	140
4.3	<b>Análise dos resultados empíricos segundo o modelo de acesso e o referencial do campo da Saúde Mental Global</b> .....	142
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	156
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	163
	<b>ANEXO A – Sintomas polimorfos segundo Dantas</b> .....	188
	<b>ANEXO B – Sintomas de nervoso segundo Silveira</b> .....	189
	<b>APÊNDICE A – Resumo do artigo: Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento</b> .....	190
	<b>APÊNDICE B – Resumo do artigo: Perceptions of health managers and professionals about primary and mental health care integration in Rio de Janeiro: a mixed-methods study</b> .....	191

<b>APÊNDICE C</b> – Resumo do artigo: Anxious and depressed women’s experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela.....	193
<b>APÊNDICE D</b> – Resumo do artigo: Narrativas de sofrimento emocional na atenção primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global.....	194
<b>APÊNDICE E</b> – Resumo do artigo: Paralelos entre a produção científica sobre Saúde Mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa.....	195
<b>APÊNDICE F</b> – Resumo dos artigos da série lancet de 2007 sobre Saúde Mental Global.....	196
<b>APÊNDICE G</b> – Resumo dos artigos da série Lancet de 2011 sobre Saúde Mental Global.....	201
<b>APÊNDICE H</b> – Roteiro de pesquisa para grupo focal com pacientes.....	204
<b>APÊNDICE I</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	205
<b>APÊNDICE J</b> – Quadro de referências sobre acesso.....	206
<b>APÊNDICE K</b> – Quadro de referências sobre <i>treatment gap</i> .....	207

## INTRODUÇÃO

Nada mais legítimo do que reconhecer que o sofrimento é inerente à existência humana. E nada é mais incontestável do que afirmar: não há saúde sem saúde mental. Porém, nada é mais lamentável do que constatar que muitas pessoas não são ouvidas em suas queixas. Nada é mais tocante do que notar que o acesso ao cuidado de saúde mental ainda é bastante precário e apresenta muitos desafios à saúde pública. Mais que isso, nada é mais revoltante do que perceber o frequente desrespeito aos direitos e à dignidade daqueles que sofrem, até mesmo dentro dos próprios serviços de saúde. Sofrimento e acesso ao cuidado: estes são justamente os temas centrais da tese de doutorado ora apresentada.

Ao longo de sua existência, pelos mais diferentes motivos, milhões de pessoas ao redor do mundo padecem de algum tipo de sofrimento mental. Do mais discreto ao mais perturbador. Do mais leve ao mais intenso. Do mais comum ao mais grave. Do mais passageiro ao mais persistente. Diariamente, muitas dessas pessoas sofrem em silêncio. Outras buscam apoio junto aos amigos e à família, nas diversas religiões, nos esportes e, eventualmente, nas drogas. E grande parte delas procura alívio e amparo perto de casa, na comunidade onde vive. Muitas recorrem aos serviços de saúde em estado de total confusão psíquica e afetiva. Outras vivenciam menor desorganização subjetiva, apresentando lamentações, reclamações vagas ou queixas somáticas difusas, que podem não ter qualquer substrato orgânico ou ser acompanhadas de doenças físicas.

Entretanto, ainda que essas perturbações supostamente apresentem menor gravidade, às vezes, podem ser fonte de intenso sofrimento e podem alcançar tal grau de desconforto que chegam a atrapalhar o exercício das meras atividades cotidianas, transformando-as num grande fardo. Por vezes, tornam-se devastadoras e até mesmo incapacitantes. Contudo, não obstante as manifestações de vulnerabilidade mental serem extremamente corriqueiras em nossa sociedade, a identificação dessas condições pelos serviços de saúde é indubitavelmente incipiente, assim como a oferta de cuidado para minimizá-las ainda é indiscutivelmente escassa.



## **Reflexões preliminares sobre meu envolvimento com o campo e o processo de construção desta tese**

Antes de passar à apresentação da pesquisa propriamente dita, é importante expor ao leitor meu envolvimento com o assunto em pauta, mostrando como o percurso acadêmico-profissional ao longo dos últimos anos contribuiu para a construção deste trabalho.

Pouco mais de uma década atrás, após uma carreira profissional de 15 anos como executiva na área de Comunicação e Marketing, ingressei na área da saúde mobilizada por uma questão, desde sempre, me intriga: o sofrimento humano. Algumas indagações me perseguem e me dedico a explorá-las: Como é o sofrimento de quem sofre? Como o sofrimento sofre seu sofrimento? Como quem sofre percebe o seu próprio sofrimento? Como lida com o sofrimento? O que causa o sofrimento humano? Como estancá-lo? De que o sofrimento precisa? Como e onde o sofrimento busca auxílio? Como ele acessa os serviços de saúde? Como o sofrimento de quem padece é percebido por outrem? Como reconhecer o sofrimento? Que critérios legitimam o reconhecimento e a nomeação do sofrimento? Sofrimento é doença? Como o sofrimento é identificado e tratado? Como o sofrimento é acolhido? Qual o cuidado necessário para aplacar as mazelas do corpo e da alma? Que terapêuticas existem? Quais as ofertas disponíveis? Qual a eficácia dos medicamentos? Fármacos curam? E as palavras curam? Qual o papel do terapeuta? Qual o poder terapêutico do vínculo?

Enfim, são muitos questionamentos que me levam a pensar: afinal, o que é feito do sofrimento humano, especialmente na área da saúde pública? E, como não poderia deixar de ser, tantas inquietações me impulsionaram para o mestrado e, mais recentemente, para o doutorado.

Esta tese de doutorado começou com a minha participação na pesquisa “Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro” (Avaliação de SM na APS na AP 2.2). Fui convidada a integrá-la em 2012, logo após concluir a dissertação de mestrado no IMS/UERJ sobre “Intervenções Psicossociais para Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde” (MENEZES, 2012). Coordenada pela professora Dra. Sandra Fortes, tal pesquisa foi conduzida pelo Grupo de Pesquisa CNPq “Saúde Mental na Atenção Primária” e pelo Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (GIPAPS/UERJ e LIPAPS/UERJ), dos quais sou membro desde 2009.

A pesquisa “Avaliação de SM na APS na AP 2.2” dedicou-se a investigar a assistência em saúde mental (SM) na atenção primária à saúde (APS) em área específica do município do Rio de Janeiro, compreendendo algumas unidades de saúde na região da Grande Tijuca. Inicialmente, esta pesquisa tinha apenas uma vertente quali-quantitativa, direcionada para analisar a integração de SM na APS através de questionário quali-quantitativo, e reunia informações de gestores, profissionais da atenção primária e profissionais de SM da AP 2.2. Nesta vertente quali-quantitativa, ajudei na construção das perguntas qualitativas do questionário, bem como participei da aplicação dos questionários e entrevistas. Posteriormente, participei também da elaboração do artigo referente aos resultados dessa vertente, publicados sob o título “*Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study*” (ATHIÉ; MENEZES; SILVA et al., 2016).

Concomitantemente, fui convidada pela Dra. Sandra Fortes a elaborar um projeto para expandir o escopo metodológico da pesquisa “Avaliação de SM na APS na AP 2.2” estabelecendo uma vertente apenas qualitativa. Assim, em paralelo à colaboração na vertente quali-quantitativa, escrevi um projeto (MENEZES; FORTES, 2012), candidatei-me ao edital FAPERJ e obtive uma bolsa de Treinamento e Capacitação TCT-5 (nível mestrado) para executá-lo. A proposta qualitativa foi estudar a percepção de pacientes acerca do sofrimento emocional (SE) e da respectiva assistência de SM. O referido projeto desdobrou-se ao longo dos dois anos subsequentes, perfazendo um total de três etapas de pesquisa, planejadas de acordo com o público-alvo e com a metodologia empregada em cada uma delas. Em síntese, na vertente qualitativa da “Avaliação de SM na APS na AP 2.2”, minha inserção englobou:

- em 2013, criação do projeto inicial e liderança de sua primeira etapa, incluindo a realização de grupos focais com pacientes (MENEZES; FORTES, 2014);
- em 2014, colaboração na segunda etapa, que envolveu a realização de entrevistas com pacientes, cujos resultados geraram o artigo “*Anxious and depressed women’s experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela*” (ATHIÉ; DOWRICK, MENEZES et al., 2017);
- em 2015, colaboração na terceira etapa, que abarcou a realização de entrevistas com profissionais médicos e enfermeiros da APS.

Em 2013, simultaneamente ao estudo “Avaliação de SM na APS na AP 2.2”, atuei como professora substituta na UERJ, na Faculdade de Ciências Médicas, Unidade de Saúde Mental e Psicologia Médica (local onde já ministrava aulas desde 2009 como professora convidada), e também como Apoiadora de Saúde Mental na gestão da Secretaria Municipal de

Saúde do Rio de Janeiro na Área Programática 2.1, que engloba a Zona Sul da cidade. Ademais, continuei assistindo às aulas no Instituto de Medicina Social como ouvinte e candidatei-me ao Doutorado, começando o curso em 2014. Nesse mesmo ano, colaborei na elaboração do artigo “Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento” (FORTES, MENEZES, ATHIÉ et al., 2014), publicação cujo foco central é justamente a SM na APS.

Pouco antes de iniciar meu doutorado, o Professor Francisco Ortega acabara de concluir um pós-doutorado na Inglaterra sobre o campo da Saúde Mental Global (SMG) e estava abrindo a linha de pesquisa “*Dilemas e desafios das políticas de Saúde Mental Global*”. Tendo em vista que o desenvolvimento de ações de SM na APS é uma das prioridades discutidas neste campo, identifiquei uma afinidade teórica entre o grupo do Prof. Ortega e a pesquisa que vinha desenvolvendo no LIPAPS. Assim, imediatamente engajei-me neste grupo. A partir de então, fizemos uma extensa revisão bibliográfica para identificar como os principais aspectos da SMG são expressos na literatura brasileira sobre SM, a qual gerou o artigo “Paralelos entre a produção científica de saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa” (MENEZES et al., no prelo), que neste momento encontra-se em vias finais de aprovação para sua publicação.

Em 2015-2016, desta vez como professora substituta no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), implantei um curso de extensão e disciplina eletiva na grade curricular da graduação denominada “Clínica e Política em Saúde Mental”. Na ocasião, lecionei sobre “SM na APS”, introduzindo um conteúdo inédito na graduação em Psicologia, que praticamente oferece apenas uma disciplina sobre saúde pública. Ali me deparei com a falta de familiaridade dos alunos com a APS, e com o desconhecimento generalizado a respeito do potencial deste nível assistencial nos cuidados de SM. Além disso, apesar da globalização que borra todas as fronteiras humanas, e mesmo estando numa das grandes metrópoles do Brasil, num dos maiores centros universitários do país, em pleno século XXI, pude constatar o quanto os estudantes e profissionais de saúde brasileiros atêm-se à literatura nacional e, de modo geral, ignoram as discussões mundiais acerca dos cuidados de SM, sobretudo no cenário da APS. Ambas as constatações me motivaram a persistir na temática de pesquisa do doutorado que havia escolhido.

O trabalho como docente e o avanço do doutorado levaram-me a buscar novos horizontes. Então, em 2017, obtive uma bolsa de doutorado sanduíche e permaneci cinco meses na Universidade *McGill*, em Montréal no Canadá, inserida na Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, tendo o seu próprio diretor, Professor Laurence Kirmayer, como meu

orientador. Nesse período, conheci muitos outros pós-graduandos, professores e pesquisadores de nacionalidades distintas que realizam estudos no campo da SMG em vários países do mundo. Só então tive mais clareza quanto ao alcance da SMG como disciplina acadêmica indutora de projetos internacionais de pesquisa que afetam não só os sistemas assistenciais de saúde, mas também a própria realidade social de certos países e/ou comunidades menos privilegiadas. Reduto de uma das vertentes acadêmicas mais questionadoras da psiquiatria tradicional, o convívio no departamento de Psiquiatria Transcultural possibilitou-me conhecer melhor o enfoque crítico da SMG e, sobretudo, o conceito da competência cultural e a defesa das abordagens terapêuticas culturalmente sensíveis e socialmente relevantes.

Assim sendo, como o leitor poderá ter percebido, nos últimos anos, minha trajetória acadêmico-profissional esteve intensamente ligada ao estudo da SM na APS. Portanto, dando seguimento às pesquisas de que participei e às discussões realizadas não só na minha dissertação, mas também nas recentes publicações em que colaborei, proponho-me nesta tese a continuar a incursão na temática da SM na APS, tendo como “pano de fundo”, desta vez, o cenário dos debates da SMG.

Numa avaliação retrospectiva, as etapas de construção deste trabalho parecem ter acontecido em sequência invertida. Por isso, gostaria de mencionar aqui, neste momento de introdução, algo de que, surpreendentemente, só me dei conta praticamente nos momentos finais da conclusão desta empreitada. Como já mencionei, considerando a afinidade dos estudos do LIPAPS com a linha de pesquisa do IMS “Dilemas e desafios das políticas de Saúde Mental Global”, assumi, como *corpus* empírico para o desenvolvimento da minha tese, o conjunto de dados que eu havia coletado na pesquisa do LIPAPS simultaneamente à entrada no curso do doutorado. Num primeiro momento, a preocupação com a visão do paciente sobre o sofrimento e seu cuidado dominou a análise dos dados e acabou gerando a elaboração de um artigo.

Então, invertendo a ordem das etapas de produção, que normalmente parte da tese para um ou mais artigos, comecei escrevendo um artigo sobre a percepção do sofrimento emocional e seu respectivo cuidado, o qual foi submetido e, infelizmente, recusado após duas revisões. Ainda assim, acreditando no potencial do trabalho feito, insisti numa terceira tentativa. A essas alturas, já tinha acesso a outras leituras e aportes teóricos da SMG e, juntamente com o grupo de pesquisa do Prof. Ortega, vinha elaborando a já citada revisão integrativa sobre a expressão das categorias-chave da SMG na literatura de SM no Brasil. De repente, sem que houvesse planejado, influenciada pelas ideias discutidas no grupo, passei a

reescrever o referido artigo sob uma nova “costura”, ou seja, tentando estabelecer conexões entre os dados encontrados na pesquisa com os pacientes e o conceito de acesso à saúde, categoria-chave da SMG.

Acreditando que a missão de um doutorado é acima de tudo formar um pesquisador, talvez esse repetitivo processo de revisita ao artigo tenha sido o meio mais importante de aprender as dores e as delícias do ofício de ser cientista. Encantar-se com uma ideia, ficar motivada para colocá-la no papel, buscar referências para desenvolvê-la e sustentá-la, identificar autores com quem dialogar, fazer o campo, coletar dados e analisá-los, discutir com os orientadores, escrever, cortar, reescrever, cortar novamente, lá se vão meses! Superar a autocrítica e o medo de estar dizendo o óbvio, escolher um periódico adequado, enviar para análise, aguardar ansiosamente o parecer dos revisores, esperar longamente mais alguns meses enquanto os fantasmas da reprovação se multiplicam, receber as críticas, ficar revoltada e com muita raiva, cair na real e resignar-se com a condição de mero aprendiz de cientista, reunir forças para voltar à literatura e aos orientadores, repensar as ideias, sanar as dúvidas, desenvolver novas perspectivas, escrever e reescrever infinitamente, perceber que, afinal, ficou melhor do que a versão anterior, resubmeter, aguardar novamente meses a fio os santos revisores, segurar a gangorra das emoções que variam entre o orgulho e o desdém pelo que se escreveu, então, um dia qualquer, tempos depois, receber um belo e categórico “NÃO”. A negativa reverbera. E dói. Incredulidade. Agonia. Desespero! Vontade de desistir! Lá se vão mais de dois anos do doutorado! Mas sou brasileira, não desisto. Dar um tempo, pedir ajuda aos céus, “bora” levantar, sacudir a poeira e dar a volta por cima, começar pela enésima vez todo o processo novamente. Até que, de repente, quem sabe quando, talvez num momento já esquecido todo o esforço e perdidas as esperanças, enfim, o artigo (quase) aceito. Ufah, fazer ciência não é para fracos! Nem fracos da mente, nem da alma!

Ainda que o aprendizado de como se faz pesquisa esteja fresco na mente, gravado na alma e até marcado na carne, entendi, com a ajuda de meus orientadores, que seria necessário também elaborar uma tese. Assim, novamente me vi na incumbência – um tanto desagradável, confesso – de reiniciar o sofrido processo de escrever e novamente rever meu material empírico. Entretanto, com tantas idas e vindas do artigo, o tempo do doutorado foi sendo consumido e ficou curto para a escrita da tese.

Embora o artigo não seja a peça que apresento nesta tese, parte de seu conteúdo foi aqui reproduzido. Contudo, na sequência desordenada de, mais uma vez, voltar a trabalhar com meu material empírico e com as ideias já construídas, não me furtei a tentar abrir trilhas desconhecidas e a explorar caminhos inusitados.

Diante dessa trajetória invertida e talvez até errática, muitas vezes, experimento a sensação de que não saio do lugar e estou escrevendo mais do mesmo. Por outro lado, às vezes, tenho a impressão de que caminho numa espiral e, pelo próprio investimento teimoso e insistente neste material, o mesmo foi, aos poucos, ganhando novas camadas de discussão. Espero, minimamente, conseguir apresentar ao leitor um conteúdo que avance discretamente a discussão iniciada no artigo anterior.

Para terminar, considerando que a participação na elaboração das publicações mencionadas – seja como autora principal, seja como colaboradora – decorre diretamente da inserção acadêmica no doutorado, a título complementar, disponibilizo o resumo de cada um desses cinco artigos (ATHIÉ et al., 2016, ATHIÉ et al., 2017; FORTES et al., 2014; MENEZES et al., [s.d.], MENEZES et al., [s.d.]) nos Apêndices A, B, C, D, E.

### **Apresentação do problema de pesquisa e perguntas a serem exploradas**

Ao redor do mundo, pelos mais diferentes motivos, milhões de pessoas padecem de algum tipo de sofrimento mental, porém estimativas epidemiológicas indicam que a grande maioria, em torno de 75%, não recebe o tratamento de que precisa, principalmente em contextos de significativa vulnerabilidade social. Assim, as vultosas necessidades de SM da população versus a parca disponibilidade de acesso aos cuidados correspondentes estão, claramente, em desequilíbrio, configurando uma enorme disparidade entre os dois polos da equação assistencial.

A partir dos anos 90, e mais fortemente após a publicação de um conjunto de artigos no periódico inglês *The Lancet* em 2007, a prevalência dos problemas mentais e a precária conjuntura de acesso ao cuidado de SM passaram a ser considerados foco de pesquisas e intervenções de um campo emergente, que se tornou uma disciplina acadêmica, denominado SMG. Mobilizados pelo disparate da lacuna de tratamento existente em várias partes do planeta, e assumindo a premissa de que “não há saúde sem saúde mental”, alguns atores passaram a se dedicar a criar evidências e a estabelecer uma plataforma discursiva em defesa da equidade do cuidado para todos e da expansão do acesso à SM, principalmente com a disseminação de intervenções em grande escala em países de média e baixa renda (PRINCE et al., 2007).

No campo da SMG, assim como no Brasil, há um crescente reconhecimento de que a APS é o nível assistencial mais adequado para se exercer o acompanhamento de saúde de pessoas diretamente no seu território e na sua comunidade, e aí fazer a abordagem dos problemas de SM. Conseqüentemente, a integração de ações de SM na APS vem se tornando, cada vez mais, uma diretriz fundamental para solucionar a falta de acesso ao cuidado dos problemas de SM e reduzir a atual lacuna de tratamento dessas condições (BRASIL, 2003, 2008; WHO; WONCA, 2008).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo brasileiro de APS, frequentemente, muitas pessoas buscam auxílio manifestando queixas somáticas inespecíficas, vagas e difusas que, independentemente de estarem associadas ou não a doenças físicas e/ou mentais, comunicam algum tipo de SE. Apesar da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e outras iniciativas de inserção e qualificação de ações de SM na APS, o reconhecimento do SE por parte dos médicos generalistas ainda é incipiente (GONÇALVES et al., 2011). Tendo em vista a sua natureza multidimensional e a ambigüidade com que se manifesta, com muita frequência, o SE não é percebido ou, quando chega a sê-lo, é desvalorizado ou desqualificado, permanecendo praticamente desassistido. Esse contraste entre o volume de manifestações de SE e as ações de cuidado disponibilizadas é, igualmente, mais uma nuance da lacuna de tratamento.

De acordo com o percurso acadêmico-profissional já relatado, e com o propósito da SMG de sanar a lacuna de tratamento, ou no mínimo de mitigá-la, intencionamos refletir sobre possíveis ações para atenuar o SE. Assim, partindo do campo brasileiro da Saúde Coletiva e buscando dialogar com o campo da SMG, tomamos o SE como nosso problema de pesquisa e propomos o desenvolvimento de uma investigação sobre a percepção do paciente acerca do SE e da respectiva disponibilização de cuidado de SM na APS para aliviá-lo. Entretanto, qualquer intenção de investigação neste sentido envolve, inevitavelmente, dilemas ético-políticos que atravessam as discussões, tanto no cenário local do cuidado de SM, quanto mundial.

Parte do dilema talvez fique mais explícita ao se considerar as controvérsias entre duas concepções antagônicas que coexistem na saúde e, *grosso modo*, orientam o posicionamento da SMG (ao menos no que se refere aos momentos iniciais desse campo) e aquele da Saúde Coletiva. Enquanto a SMG preconiza a disseminação em grande escala de intervenções baseadas em evidência científicas, cuja produção está nitidamente fundamentada no paradigma epistemológico universalista (BEMME; D'SOUZA, 2014), a Saúde Coletiva, em consonância com a Antropologia Médica e a Psiquiatria Transcultural, é pautada justamente

pela crítica sistemática ao universalismo naturalista do saber médico e procura destacar as dimensões histórica, simbólica, ética e política, de forma a relativizar a hegemonia atribuída aos saberes do discurso biológico (BIRMAN, 1991).

Assim, conduzir uma investigação informada por esses dois campos supõe colocar em diálogo duas perspectivas ligeiramente díspares, visto que a SMG tende a enfatizar o universalismo naturalista e, em contrapartida, a Saúde Coletiva busca valorizar, preferencialmente, o relativismo localista. Realizar uma pesquisa na interface dessas duas perspectivas gera tensões e dilemas semelhantes aos que, como veremos, atravessam o próprio campo da SMG e que, possivelmente, poderiam ser resumidas em algumas indagações a serem exploradas: como ampliar de modo substancial o acesso à SM sem necessariamente empreender intervenções com caráter de controle disciplinar sobre a população? Como disseminar amplamente ações para reduzir a lacuna de tratamento sem cair no risco de apagar subjetividades e homogeneizar epistemologias locais? Como cuidar em grande escala sem silenciar as culturas, os valores e as tradições de certos países ou grupos populacionais específicos? Como combater o *under-treatment* sem automaticamente cair no *over-treatment*?

Ainda que, por razões éticas e humanitárias, seja absolutamente imperativo expandir o acesso aos cuidados de SM, o paradoxo “*over-treatment x under-recognition*” nos preocupa (THE PLOS MEDICINE EDITORS, 2013). Se, de um lado, o SE é prevalente e existe um cenário de pessoas subdiagnosticadas e/ou subtratadas e, portanto, a carência de acesso à assistência deve ser solucionada, de outro lado, é preciso evitar tratar em excesso para não incorrer no risco de desnecessariamente estimular o processo de medicalização tal como definido por Conrad (1992), ou seja, aquele em que “questões de caráter não médico passem a ser definidas e tratadas como problemas de cunho médico, geralmente em termos de doenças ou transtornos” (CONRAD, 1992, p.209, tradução nossa).

A partir desse paradoxo, desde o mestrado, algumas ponderações nos perseguem. É crucial ressaltar que, dependendo do modo de se conduzir o cuidado, seus efeitos podem ser totalmente distintos. Por um lado, qualificar as equipes de saúde para exercer o cuidado de SM na APS poderia viabilizar o acesso da população a abordagens raramente disponíveis na Saúde Pública até o momento e reduzir o significativo hiato de tratamento existente (MENEZES, 2012). Por outro lado, se a qualificação envolver a difusão de metodologias terapêuticas criadas por cientistas de países desenvolvidos, tais como pacotes de intervenção padronizados, pode homogeneizar a comunicação e impossibilitar uma escuta culturalmente sensível e socialmente relevante (KIRMAYER, 2012a). No planejamento do cuidado, isso



poderia concorrer para o incremento do uso de categorias diagnósticas e para a ampliação da psiquiatria biologicamente orientada (SUMMERFIELD, 2006, 2008, 2011, 2012a, 2012b), o que representaria o risco da perda da compreensão dos idiomas locais de sofrimento e das características particulares e específicas de certo contexto, além de silenciar a cultura de determinado grupo (FERNANDO, 2012; NUNES, 2009).

Ponderando que o cuidado se dá num **Encontro** entre profissional e paciente (PLASTINO, 2009), a forma de condução desse encontro pelo profissional, sua escuta, suas atitudes e seus comportamentos em relação ao paciente, além das ações praticadas a partir desse encontro, podem repercutir tanto nos efeitos objetivos do cuidado associados ao diagnóstico, prescrição e tratamento, quanto nos efeitos subjetivos relacionados não só à forma do paciente entender a sua condição clínica, mas também no modo dele se sentir em relação ao diagnóstico recebido e à terapêutica recomendada (MENEZES, 2012).

Reiterando o que já dissemos (MENEZES, 2012), a relação entre o espaço para a escuta e a adoção de protocolos clínicos 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). Como afirma Agnes Heller, citada por Nunes et al.:

“as necessidades humanas e as de saúde não se resumem a necessidades naturais (biológicas), mas estendem-se às existenciais (no sentido de necessidades de existência, de caráter social) e incluem as humanas (amor, amizade, atividade moral)” (NUNES et al., 2002, p.1646).

Diante de tais ponderações, torna-se imprescindível considerar a perspectiva do paciente no processo de cuidado e compreender sua percepção a respeito daquilo que sente, daquilo de que necessita e dos fatores que, na sua opinião, determinam seu acesso ao cuidado, uma vez que as experiências diárias vividas e transmitidas pelas pessoas na sociedade compõem o ‘estoque de conhecimentos’ de que cada um dispõe para interagir com o mundo, interpretá-lo, e tomar suas decisões (VEIGA; GONDIM, 2001). Nesse sentido, o ‘estoque de conhecimentos’ – formado por núcleos simbólicos, conhecimentos, percepções, concepções, significados, crenças, valores e atitudes – é o esquema conceitual ou a “lente” com que as pessoas enxergam o mundo, e reflete formas culturalmente determinadas e incorporadas. Logo, as sensações só podem ser conhecidas pelos pacientes e reconhecidas pelos profissionais através da compreensão desse ‘estoque de conhecimentos’. Sendo assim, saber reconhecer e interpretar as sensações relatadas pelos pacientes é, portanto, absolutamente

fundamental para que os profissionais de saúde possam definir diagnósticos, tratamentos e abordagens terapêuticas.

Mesmo sendo o SE altamente prevalente, o baixo índice de reconhecimento por parte dos profissionais de saúde dificulta ou até impossibilita o seu devido cuidado. Por isso, pesquisar a percepção de usuários pode auxiliar no processo de detecção e cuidado do sofrimento. Compreender as perspectivas permite entender os códigos sociais, os padrões de pensamento, os valores ético-morais, e as tradições culturais que permeiam o ato clínico. Conhecer o contexto social do paciente pode levar ao desenvolvimento de abordagens que permitam associar o conhecimento técnico ao mundo simbólico de significados e sentidos compartilhados pela clientela da APS, tornando as terapêuticas socialmente sensíveis, bem como culturalmente relevantes (KIRMAYER, 2012a). E mais que isso: considerar as condições sociais possibilita a estruturação de novas formas de agir terapêutico que atuem na direção de um cuidado humanizado, integral e equitativo, minimizem o risco da medicalização do sofrimento humano, e apostem na participação, e no desenvolvimento da autonomia e da cidadania daqueles que padecem.

Dessa forma, tendo em vista a lacuna de tratamento e a necessidade de ampliar o acesso aos cuidados de SM na APS, considerando o cenário mundial da SMG e a expansão local da ESF, e refletindo sobre as controvérsias que permeiam estes movimentos, esta tese propõe-se a debruçar-se sobre o estudo da percepção do SE e do acesso ao cuidado para aliviá-lo.

### **A relevância desta pesquisa**

A relevância de se pesquisar o cuidado de SM na APS, no intuito de estruturar respostas para minimizar o SE, reside em múltiplas razões das quais destacaremos sete.

Primeiramente, porque existe o entendimento de que, como um componente central do bem-estar de um indivíduo, inseparável de sua saúde física, a SM deve ser vista como prioridade na agenda da política pública de saúde de qualquer país (LANCET, 2009), tendo sido sua importância finalmente reconhecida como um aspecto fundamental para o desenvolvimento mundial. Depois de um longo processo de *advocacy* – isto é, de defesa da causa da SM – com forte engajamento público por parte de uma rede de pesquisadores, gestores, clínicos, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil, a SM ganhou

destaque entre as principais diretrizes tanto da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a difusão do “*Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*” (Plano de Ação Integral da Saúde Mental 2013–2020, tradução nossa) (WHO, 2013a), quanto da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da inclusão do item “Saúde Mental, Bem-estar e Deficiência” na “Agenda de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030” (IZUTSU et al., 2015).

Em segundo lugar, porque é premente reduzir o “*treatment gap*” (lacuna de tratamento, tradução nossa) e ampliar substancialmente o acesso aos cuidados de SM. Tal premência justifica-se pelos dados epidemiológicos que denunciam o contraste entre a alta prevalência dos transtornos mentais e a parca quantidade de pessoas que de fato recebem o cuidado de que precisam. Corrobora ainda esse argumento o impacto significativo dos problemas mentais tanto na vida das pessoas, quanto na carga global de doenças (PRINCE et al., 2007; WHO; WONCA, 2008), assim como no sistema previdenciário brasileiro (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2014).

Diante da expansão da SMG e dos debates internacionais, o terceiro motivo que respalda esta pesquisa está relacionado à necessidade de se acompanhar como a agenda de pesquisas e intervenções da SMG repercute no Brasil ou, por outro lado, pode ser influenciada pela produção acadêmica e por políticas de saúde brasileiras (ORTEGA; WENCESLAU, 2015).

A razão seguinte reúne uma combinação de aspectos organizacionais, técnicos e simbólicos do cuidado de SM especificamente na APS. Como modelo brasileiro de APS, a ESF adota o modelo sanitário de cobertura territorial por adscrição de clientela e, conseqüentemente, todas as pessoas que se encontram num determinado território são pacientes da APS, até mesmo os portadores de transtornos mentais graves e persistentes. Além disso, por focar-se nos sintomas físicos (exemplo: dor nas costas, fadiga, insônia), grande parcela da população não reconhece sua perturbação como um problema mental. Por isso, não busca os serviços psiquiátricos especializados, mas procura as clínicas primárias. Mesmo quando há o entendimento de que existe um problema mental, o estigma social em torno das doenças mentais faz com que as pessoas evitem ir a serviços especializados e recorram à APS. Ao fazer seu acompanhamento de rotina na ESF, os pacientes desenvolvem uma relação de confiança com os profissionais dali, os quais passam a ser a referência de apoio nas situações de sofrimento (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). É preciso, portanto, investigar e conhecer o padrão de sofrimento e o processo de busca de cuidado dos pacientes

brasileiros, a fim de subsidiar o desenvolvimento de terapêuticas adequadas ao contexto nacional.

Em quinto lugar, é necessário aprimorar o uso racional do conjunto de recursos financeiros, clínicos, técnicos, materiais e humanos que vêm progressivamente sendo disponibilizados a partir da significativa expansão da ESF (BRASIL, 2016). Sendo assim, colocar esse crescente aparato de recursos a serviço dos usuários do Sistema Único de Saúde é mais uma razão que exige a realização de pesquisas que municiem as autoridades públicas com informações capazes de qualificar a tomada de decisões referentes à oferta de cuidados de SM na rede pública (GREGÓRIO et al., 2012). Além disso, considerando a disparidade entre a carga de doença relativa aos transtornos mentais e a proporção de fundos e recursos disponíveis para a SM, especialmente em comparação a outras condições de saúde, é necessário mitigar a desigualdade existente em termos do desenvolvimento de pesquisas e intervenções em SMG (KOHRT; MENDENHALL; BROWN, 2016a).

O sexto motivo envolve uma premissa epistemológica, ao considerar que intervenções de SM, quando feitas exclusivamente segundo a ótica da psiquiatria hegemônica, podem silenciar a cultura (NUNES, 2009). Para contrapor tal risco, são necessários mais estudos qualitativos que possibilitem uma exploração crítica a respeito de como as coisas funcionam em determinada comunidade ou cultura (MENDENHALL; KOHRT, 2016), bem como estudos cujo desenvolvimento incorpore uma abordagem culturalmente sensível e socialmente relevante (KIRMAYER, 2012a, 2012b).

Por último, justifica-se a relevância de se empreender tal pesquisa porque oferecer cuidado de SM na APS não significa apenas aliviar o sofrimento humano e reduzir o impacto econômico do adoecimento e da incapacidade provocados por transtornos mentais. Indubitavelmente, representa ir além. Significa promover bem-estar social, visto que é um caminho para o combate e a superação de estigma, discriminação, exclusão social e violação de direitos. Garantir o acesso à SM é, por conseguinte, fomentar a equidade e a justiça social, e atuar em defesa da cidadania, da dignidade e dos direitos humanos daqueles que padecem de algum sofrimento mental (DREW et al., 2011; KLEINMAN, 2009).

### **Objetivos de investigação**

Tendo em vista que pretendemos analisar o SE e formas de abordá-lo, não trabalharemos propriamente com uma hipótese a ser testada, mas sim com um campo temático a ser devidamente explorado por meio de uma análise crítica. Dessa forma, os questionamentos expostos anteriormente delineiam, então, algumas perguntas norteadoras que servem como ponto de partida para este trabalho: O que é feito do SE no terreno da APS? Existe acesso ao cuidado de SM na APS? Os pacientes relatam seu sofrimento ao profissional de saúde? Os profissionais reconhecem o sofrimento dos pacientes? Como os pacientes percebem o cuidado que lhes é ofertado? Na visão dos pacientes, como o médico apreende o sofrimento narrado? O que ele faz a partir das narrativas? Ingressar na APS significa automaticamente receber cuidados de SM, se necessário? Ter acesso ao serviço de saúde significa ter acesso à SM?

Considerando a nítida atualidade da SMG e seu relativo desconhecimento no Brasil, este trabalho propõe-se a apresentar a constituição deste campo. Além disso, a clareza de que a clínica de família (ou posto de saúde) mais próxima de nossa casa é o ponto preferencial para a busca de apoio e o acesso à saúde da população exige que se analise como o SE é abordado neste setor assistencial, buscando identificar aspectos que facilitam ou impedem a efetivação do cuidado ao SE. E, supõe-se que os achados nos levem a refletir sobre como as narrativas locais de sofrimento podem contribuir para a discussão do acesso ao cuidado de SM.

Para tentar responder a nossa inquietação e às perguntas norteadoras, propomos o seguinte objetivo geral, subdividido em objetivos específicos:

- a) Geral: Estudar o acesso ao cuidado médico para o SE em serviços de APS e no contexto da SMG.
  
- b) Específicos:
  - b.1) Apresentar o campo da SMG;
  - b.2) Analisar a percepção de pacientes sobre o SE e seu respectivo cuidado médico na APS;
  - b.3) Discutir barreiras e facilitadores ao cuidado médico de SM considerando o conceito de acesso e o panorama do campo da SMG.

### **Considerações sobre os métodos e o desenho da pesquisa**

Em dois momentos desta tese abordaremos os métodos selecionados para realizar esta tese. Nesta seção, apresentaremos as considerações teóricas que guiaram a nossa sistemática de investigação, ao passo que, na seção “*A Metodologia e sua Aplicação*”, explicaremos a forma como a pesquisa foi desenvolvida, detalhando o passo-a-passo na condução dos métodos e seus respectivos procedimentos.

De início, esclarecemos que, para se alcançar os objetivos traçados, e por razões que serão explicadas mais adiante, nossa investigação contou com a realização de dois estudos envolvendo uma combinação de métodos empíricos e teórico-conceituais, que descrever.

### Concepção geral da pesquisa

Em função dos objetivos estabelecidos, a concepção geral desta pesquisa foi norteadada por uma perspectiva qualitativa de natureza exploratória, uma vez que os métodos qualitativos são aplicáveis na pesquisa em saúde, frequentemente para investigar como as pessoas conferem sentido à vida diante de um contexto sociocultural em permanente atualização (MENDENHALL; KOHRT, 2016; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; TURATO, 2003).

Em tais abordagens, o pesquisador substitui as correlações estatísticas por descrições e as conexões causais objetivas por interpretações. Daí porque as metodologias qualitativas são comumente usadas para estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias, uma vez que proporcionam oportunidades para que as pessoas revelem “estoque de conhecimentos” e seus sentimentos (ou a complexidade e intensidade dos mesmos); o modo como falam sobre suas vidas é importante, pois a linguagem usada e as conexões realizadas revelam o mundo como é percebido por elas (SPENCER, 1993).

Exemplos clássicos da abordagem qualitativa de pesquisa são os estudos antropológicos sobre culturas, os estudos sociológicos de instituições e os estudos psicológicos de comportamentos. Dentre os aspectos que caracterizam essas abordagens estão: 1) a compreensão subjetiva da experiência humana; 2) a natureza dos dados coletados é rica em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências 3) o objetivo do método

de análise não é produzir evidências quantitativas, mas sim desenvolver a compreensão do significado do objeto estudado (MARTINS; BICUDO, 1989).

Dessa forma, atinge-se um entendimento particular do que é estudado e obtêm-se explicações contextuais para um pequeno número de casos, com ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno. O foco é centralizado no específico, no peculiar, geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos. Para que os achados sejam aplicados a outros casos que tenham relação com a situação estudada, o pesquisador precisa, com os dados obtidos, atingir um nível conceitual, que é o que vai possibilitar o aproveitamento da compreensão obtida no estudo específico (NOGUEIRA-MARTINS, BÓGUS, 2004).

A pesquisa qualitativa também pode ser particularmente útil em situações em que variáveis relevantes e/ou seus efeitos não sejam aparentes, ou quando o número de sujeitos e/ou dados obtidos são insuficientes para análise estatística. Os sujeitos podem variar em número — de um indivíduo até grandes grupos — e o foco do estudo pode variar de uma ação particular de uma pessoa ou pequeno grupo para a função de uma complexa instituição. As ferramentas de coleta de dados incluem entrevistas (estruturadas, semiestruturadas e abertas), observação (externa ou participante), grupos focais e análise de material escrito (NOGUEIRA-MARTINS, BÓGUS, 2004).

Na área da saúde, os métodos qualitativos vêm sendo utilizados para pesquisar os seguintes temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente ao tratamento (TURATO, 2003).

#### Desenho do estudo empírico com grupos focais

No planejamento da pesquisa de campo empírica, optamos por grupos focais e foi privilegiado o estudo de narrativas, já que não somente organizam interpretações, mas são uma forma específica de agenciamento social (CASTELLANOS, 2014).

Nogueira-Martins e Bógus (2004) explicam que o grupo focal é uma espécie de entrevista conduzida coletivamente, na qual os participantes revelam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre determinado tema, num ambiente permissivo e não constrangedor. O objetivo principal é obter informações e realizar

constatações que poderão ser posteriormente utilizadas em programas de intervenção ou para redirecionarem as atividades de uma política ou de um programa que esteja acontecendo.

Para o grupo focal atender aos objetivos da pesquisa, a seleção da amostra de participantes deve ser feita de modo intencional, recrutando pessoas que possam fornecer as informações que se deseja estudar. Sendo assim, é interessante realizar vários grupos focais na tentativa de abarcar os diversos grupos sociais e os diversos “olhares” possíveis sobre o mesmo fenômeno. Cada grupo deve ser composto por seis a quinze pessoas e, em média, dura 90 (noventa) minutos. (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Outras características do grupo focal são: a condução por moderador acompanhado de co-facilitador ou observador, o uso de roteiro de entrevista com perguntas disparadoras, e o estímulo à discussão entre os participantes (BARBOUR, 2009). O moderador deve conduzir o trabalho, disparando questões para os participantes discutirem, evitando que os mesmos se desviem do assunto proposto e fazendo “amarrações” ou resumos do que foi discutido. Sua atuação deve ser discreta, para que estimule os participantes a falarem. É recomendável a presença de um assistente para apoiar o moderador e também para fazer anotações do andamento dos trabalhos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Estudar as narrativas de adoecimento usadas pelos pacientes para explicarem suas afecções possibilita entender o padrão de atribuição simbólica que conferem a seu adoecimento (KLEINMAN, 1988). Assim, a importância de se conhecer a perspectiva do paciente decorre do fato de que o modo com que ele percebe o seu SE e a si próprio diante deste SE influencia a sua adesão ao tratamento, assim como molda a sua conduta de autocuidado.

A análise das narrativas é, portanto, uma estratégia para integrar a percepção de uma pessoa e seus diferentes contextos, necessidades e demandas que se apresentam no ato clínico. Logo, permite contemplar aspectos do processo de cuidado, no sentido de ampliar o saber disponível para o planejamento de intervenções congruentes com o âmbito da APS (FAVORETO; CAMARGO JR, 2011).

No que se refere ao instrumento utilizado nos grupos focais, o protocolo qualitativo McGill MINI Narrativa de Adoecimento (GROLEAU; YOUNG; KIRMAYER, 2006), cuja finalidade é a investigação da experiência de adoecimento do paciente, tem a vantagem de estar validado e também traduzido para o português (LEAL et al., 2016), além de já ser utilizado em pesquisas no Brasil (BTESHE, 2013; PORTUGAL, 2014; SOUZA et al., 2015).

Leal et al. (2016) explicam que este protocolo é um modelo de entrevista para a pesquisa dos sentidos e dos modos de narrar a experiência de adoecimento para qualquer



problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto de sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares.

O método de Análise de Conteúdo na modalidade temática adequa-se à interpretação das narrativas coletadas por meio dos grupos focais, visto que sua ênfase recai no conteúdo manifesto do discurso e nos argumentos apresentados pelos participantes da pesquisa (BARDIN, 2011).

### Desenho do estudo teórico-conceitual

Segundo observamos em outra revisão bibliográfica (MENEZES, 2012), este método qualitativo é “apropriado para descrever e discutir o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual” (ROTTER, 2007, p.1); consta de uma explanação narrativa, e inclui a interpretação juntamente com a análise crítica e pessoal do autor sobre a literatura publicada em livros e artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas.

Uma revisão é realizada com as finalidades de: 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).

Seu desenvolvimento envolve levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à temática pesquisada (AMARAL, 2007; ROTTER, 2007). Neste tipo de método, o autor pode selecionar tanto os estudos iniciais, quanto aqueles a serem incluídos posteriormente, sem ter a necessidade de informar “as fontes de informação utilizadas, a metodologia para a busca de referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos” (ROTTER, 2007, p.1). Daí porque a revisão bibliográfica não admite a reprodução de dados, nem fornece respostas quantitativas para questões específicas, mas se destaca por ser um método qualitativo próprio para a educação continuada, uma vez que, ao reunir dados e opiniões de diferentes fontes e autores, oferece ao leitor a possibilidade de adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ROTTER, 2007).

Em termos da consulta às fontes bibliográficas, a produção nacional pode ser identificada na LILACS, uma base geograficamente estratégica para o pesquisador brasileiro, acessada gratuitamente através do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As publicações

internacionais ficam disponíveis na MEDLINE, consultáveis através da interface de busca PUBMED, que oferece links automáticos para artigos de texto completos. A MEDLINE é a base de dados em saúde produzida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine*), que é constantemente atualizada e inclui referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países publicadas desde 1966 (VINCENT; VINCENT; FERREIRA, 2006).

Após efetuar as buscas nas bases mencionadas e identificar as referências bibliográficas desejadas, o portal SCIELO e, principalmente, o portal de periódicos eletrônicos CAPES, permitem obter os artigos completos *via download*. Exclusivo das instituições acadêmicas brasileiras, o Portal CAPES é uma ferramenta atualizada e especialmente abrangente para a obtenção de informação científica, pois permite a entrada diretamente nos sites de publicações ou editoras e o acesso às versões completas dos artigos das revistas cadastradas. Nos últimos anos, vem incorporando títulos de periódicos nacionais e internacionais, contando com mais de 21 mil títulos, aproximadamente 370 deles na área de Saúde Coletiva (VINCENT, 2003, 2011).

### Estrutura da tese

A estrutura da presente tese é composta desta *Introdução*, mais quatro capítulos e as *Considerações Finais*.

O primeiro capítulo, intitulado “*Referencial Teórico*”, tem duas seções. A seção de abertura concentra-se no tema central que motiva esta investigação, denominada “*O foco desta pesquisa: a problemática do sofrimento emocional e de seu reconhecimento da Atenção Primária à Saúde*”, expõe ao leitor a problemática do SE e sua relação com a literatura médica dos TMC, e prossegue com o SE na visão de alguns autores das ciências sociais e humanas, com a apresentação da APS como nível assistencial mais adequado ao cuidado do SE e com a descrição da dificuldade de seu reconhecimento. A seção seguinte “*O Panorama da ‘Saúde Mental para Todos’*” aborda o contexto mais amplo onde nosso foco está inserido. Em seu primeiro item, cujo título é “*A constituição do campo da Saúde Mental Global*”, descrevemos o processo de surgimento desta disciplina, explicitando a argumentação central em torno do acesso, as principais condições de saúde estudadas, além das taxas de prevalência e do impacto na qualidade de vida da população. Nos itens seguintes, “*A Organização*

*Mundial de Saúde construindo a prioridade da saúde mental na agenda global*” e “*A Organização Mundial de Saúde elevando a prioridade da saúde mental na agenda global*”, prosseguimos relatando a atuação da OMS em dois momentos. Primeiramente, para estabelecer a noção de que a SM deve ser uma prioridade na agenda global e, depois, para elevar tal prioridade a ponto de incluir a SM nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pela ONU. Continuamos com o item “*As pesquisas no campo da Saúde Mental Global*”, em que expomos a variedade de pesquisas realizadas e mostramos a riqueza da produção de conhecimento desta disciplina. Em seguida, apresentamos as polêmicas que atravessam o campo no item “*Divergências e críticas ao discurso hegemônico da Saúde Mental Global*”, e finalizamos com o item “*O campo da Saúde Mental Global no Brasil*”, onde buscamos mapear a situação do desenvolvimento desta disciplina em nosso país.

O capítulo seguinte “*A Metodologia e sua Aplicação*” trata da metodologia conforme aplicada na elaboração da presente tese. É onde explicitamos como os métodos qualitativos foram empregados para que se possa conhecer tanto os detalhes dos procedimentos utilizados especificamente neste estudo, quanto as adaptações que se fizeram necessárias. Aí explicamos que realizamos dois estudos: um empírico e outro teórico-conceitual. Em primeiro lugar, expomos a metodologia adotada nos grupos focais, descrevendo seus principais itens, a saber: o contexto, o local do estudo, o público-alvo investigado, os procedimentos e instrumentos utilizados, o método de interpretação dos dados, e os aspectos éticos observados durante o trabalho de campo empírico. Em segundo lugar, abordamos a metodologia da revisão bibliográfica, esclarecendo o contexto em que esta foi realizada, o processo do levantamento dos dados, as estratégias de busca e as palavras-chave utilizadas. E terminamos este capítulo com uma síntese esquemática dos métodos utilizados enfatizando os principais aspectos de cada um.

O terceiro capítulo “*Resultados do estudo empírico e do estudo teórico-conceitual*” traz os dois produtos desta tese, cujos resultados são frutos dos dois métodos empregados. Enquanto o primeiro concentra-se nos dados advindos do trabalho de campo empírico, o segundo focaliza nas informações geradas a partir do estudo teórico-conceitual. Portanto, a exposição dos resultados está dividida em duas seções. Na primeira seção, explanamos os resultados da pesquisa empírica sobre a percepção de pacientes sobre o SE e seu cuidado na APS, apresentando as categorias que emergiram da análise dos grupos focais, ilustradas por trechos das falas dos participantes. Na segunda seção, comunicamos os resultados oriundos do estudo teórico-conceitual englobando a análise tanto do termo “acesso” utilizado na literatura brasileira, quanto do termo “*treatment gap*” empregado na literatura mundial da SMG.

O quarto capítulo “*Análise relacionando os dados empíricos e conceituais*” analisa os resultados dos grupos focais sobre a percepção de SE e seu cuidado, e prossegue relacionando os resultados empíricos com os dados conceituais provenientes do estudo teórico-conceitual desenvolvido sobre os termos “acesso” e “*treatment gap*”. Além disso, buscamos relacionar os principais achados de nosso estudo local com o panorama da SMG, estabelecendo uma discussão crítica a respeito das implicações das barreiras e facilitadores para o acesso ao cuidado de SM,

Terminando nossa exposição, a seção “*Considerações Finais*” recapitula rapidamente nossa trajetória, assinalando as descobertas cruciais e sintetizando os achados fundamentais que emergiram no desenvolvimento desta investigação. Além disso, traz um balanço dos pontos fortes e fracos da construção de nossa análise e, a título de conclusão, aponta as principais contribuições desta pesquisa sobre a percepção de pacientes em relação ao SE e o acesso a seu respectivo cuidado.

Por fim, as “*Referências bibliográficas*” listam as obras consultadas para a elaboração desta empreitada, e os “*Anexos*” e os “*Apêndices*” elencam informações adicionais cuja autoria é, respectivamente, de outrem ou de nossa própria lavra.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

Iniciamos nosso trajeto desenvolvendo uma revisão dos referenciais teóricos relacionados ao objeto central de nossa pesquisa e ao campo no qual ele se insere. Sendo assim este capítulo é composto de duas seções.

A seção de abertura concentra-se no tema central que motiva esta investigação. Intitulada “*O foco desta pesquisa: a problemática do sofrimento emocional e de seu reconhecimento da Atenção Primária à Saúde*”, expõe ao leitor a problemática do SE e sua relação com a literatura médica dos TMC, e prossegue com o SE na visão de alguns autores das ciências sociais e humanas, com a apresentação da APS como nível assistencial mais adequado ao cuidado do SE e com a descrição da dificuldade de seu reconhecimento.

Mais longa do que a seção de abertura, por tratar do contexto maior onde o assunto focal está inserido, a segunda seção é nomeada “*O Panorama da ‘Saúde Mental para Todos’*”. Em seu primeiro item, cujo título é “*A constituição do campo da Saúde Mental Global*”, descrevemos processo de surgimento desta disciplina, explicitando a argumentação central em torno do acesso, as principais condições de saúde estudadas, além das taxas de prevalência e do impacto na qualidade de vida da população. Nos itens seguintes, “*A Organização Mundial de Saúde construindo a prioridade da saúde mental na agenda global*” e “*A Organização Mundial de Saúde elevando a prioridade da saúde mental na agenda global*”, prosseguimos relatando a atuação da OMS em dois momentos. Primeiramente, para estabelecer a noção de que a SM deve ser uma prioridade na agenda global e, depois, para elevar tal prioridade a ponto de incluir a SM nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pela ONU. Continuamos com o item “*As pesquisas no campo da Saúde Mental Global*”, em que expomos a variedade de pesquisas realizadas e mostramos a riqueza da produção de conhecimento desta disciplina. Em seguida, apresentamos as polêmicas que atravessam o campo no item “*Divergências e críticas ao discurso hegemônico da Saúde Mental Global*”, e finalizamos com o item “*O campo da Saúde Mental Global no Brasil*”, onde buscamos mapear a situação do desenvolvimento desta disciplina em nosso país.

## 1.1 **O foco desta pesquisa: a problemática do sofrimento emocional e de seu reconhecimento na Atenção Primária à Saúde**

Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for. Porque todos, todos, temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada pelos demais.

(GALEANO, 2018)

Esta seção destina-se a abordar a problemática do SE, demonstrar sua relação com a literatura médica dos TMC e explicar a dificuldade de seu reconhecimento, especialmente por parte de médicos generalistas, além de explicitar a adequação da APS como nível assistencial preferencial para o cuidado do SE.

### 1.1.1 O sofrimento emocional e sua relação com os Transtornos Mentais Comuns

Ao longo de sua existência, pelos mais diferentes motivos, inclusive pelas condições de vida ordinariamente precárias, milhões de pessoas ao redor do mundo padecem de algum tipo de SE. E muitas delas, mesmo sem estarem propriamente doentes, procuram alívio e amparo no serviço de APS mais perto de sua casa, na comunidade onde vivem. Porém, a ambiguidade com que manifestam SE dificulta seu reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, tornando-se um problema desafiador para os serviços de saúde. A frequência elevada com que isso ocorre leva-nos a tomar o SE e seu cuidado como o foco desta pesquisa.

As reclamações mais típicas das pessoas com SE que se apresentam à APS envolvem queixas somáticas difusas que podem indicar a presença de transtornos mentais, acompanhar doenças físicas ou simplesmente podem não ter qualquer matriz orgânica. Tais queixas são variadas e instáveis, e incluem desde cansaço extremo, fadiga, falta de ar, pressão no peito, palpitação no coração, tremedeira, insônia, passando por dores múltiplas incessantes, dor de cabeça, dores durante as relações sexuais, até nervosismo, agitação, inquietação e dificuldade

de concentração, além de outros sintomas de ansiedade e depressão (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

De modo geral, os determinantes sociais da saúde (DSS) têm participação marcante na etiologia das queixas somáticas. Sua influência pode ser observada por meio da associação direta com variáveis sócio demográficas, tais como, por exemplo, renda, educação, faixa etária e gênero. Neste sentido, à medida que as condições de vida tornam-se mais precárias, adversidades e situações de vulnerabilidade representam estressores psicossociais que têm correlação com o aparecimento ou a intensificação do SE (LUDERMIR, 2008; PATEL et al., 1999).

Por serem ambíguas e instáveis, nem sempre, as queixas somáticas são passíveis de serem rotuladas segundo as categorias psiquiátricas clássicas, tampouco de acordo com a nosologia da clínica médica. Uma vez que expressar SE, sob a forma de queixas somáticas, constitui um fenômeno multidimensional que escapa a qualquer classificação médica diagnóstica (FONSECA, 2009; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008), para melhor compreender a conceituação de SE, recorremos a autores de outros campos de saber, como a epidemiologia psiquiátrica e as ciências humanas e sociais.

Segundo explicamos em outras ocasiões (MENEZES, 2012; MENEZES; CORREIA, 2016), a constante necessidade dos serviços de APS de abordar o SE expressado por manifestações vagas, que frequentemente estão associadas a problemas psicossociais e não preenchem os critérios diagnósticos padrão, levou pesquisadores ingleses a criar a nomenclatura Transtornos Mentais Comuns (TMC) (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Essa nomenclatura valoriza os problemas e as queixas do paciente sem necessariamente focar na nosologia ou em outras classificações diagnósticas (GONÇALVES et al., 2011). É usada para descrever um conjunto misto de sinais e sintomas, menos estruturados e de menor gravidade do que aqueles atendidos em unidades especializadas. Inclui uma gama de transtornos não-psicóticos e comportamentais com presença de SE e também de depressão, ansiedade, somatizações, e outras condições mescladas com problemas interpessoais e transtornos de personalidade. Assim, além de abarcarem o SE, os TMC estão, muitas vezes, associados a síndromes depressivas e ansiosas de caráter agudo que, eventualmente, podem agravar-se ou remitir de modo espontâneo (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Em função das características ambíguas dessas manifestações, o grupo dos TMC abarca um amplo espectro de casos. Desde aqueles em que, apesar de as pessoas apresentarem reclamações indicativas de SE, quando avaliadas, não preenchem critérios diagnósticos de

nenhuma classificação psiquiátrica, até aqueles que correspondem a transtornos descritos nos manuais diagnósticos, especialmente ansiedade e depressão. Nesse sentido, os TMC referem uma extensa gama da população que necessita de alguma atenção em SM, e representa uma importante demanda de cuidado na APS (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Nesse sentido, usar a nomenclatura TMC implica reconhecer dois aspectos de tais manifestações. O fato de, comumente, serem encontradas na comunidade, e a habitual comorbidade entre alguns transtornos e essa sintomatologia de padrões inconstantes, que resistem a uma classificação precisa (PRINCE et al., 2007).

No que se refere à prevalência dos TMC, um estudo de revisão sistemática e meta-análise do período de 1980 a 2013 confirma que a frequência é alta e que afetam milhões de pessoas em todas as regiões do planeta. Um em cada cinco adultos (17,6%) experimentou um TMC nos 12 meses que antecederam o momento em que responderam à pesquisa e 29,2% experimentou em algum momento da sua vida. De modo geral, tanto em países de alta renda quanto em LMIC, as mulheres foram mais propensas a sentir transtorno de ansiedade, e os homens mais propensos a experimentar transtorno por uso de álcool ou outras substâncias (STEEL et al., 2014).

Segundo a OMS, até 60% da população que frequenta os serviços de atenção primária apresenta algum tipo de transtorno mental diagnosticável (WHO; WONCA, 2008). 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 o tipo de métodos de pesquisa empregados (WHO, 2004a)..

No Brasil, as prevalências são semelhantes. Foram surpreendentes os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, a investigação mais ampla já realizada no país sobre a saúde e seus determinantes, que compõe o sistema de monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis, e contabiliza informações sobre fatores de risco e morbidade. Pela primeira vez, a Pesquisa Nacional de Saúde explorou o tema da depressão e revelou que 7,6% da população brasileira foi diagnosticada por um médico ou profissional de SM; identificou também que a depressão atinge quase três vezes mais as mulheres e que cerca de 11,8% delas referem incapacidade em decorrência da doença (CARVALHO MALTA et al., 2015). Sabe-se ainda que, de 2008 a 2011, os transtornos mentais foram a terceira causa de concessão de



benefícios da Previdência Social, com incidência de 9,3% entre os afastamentos, gerando um custo anual médio de R\$ 186 milhões (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2014).

Em estudo realizado na cidade de São Paulo sobre a presença de transtornos mentais em ambiente urbano, os transtornos de ansiedade foram os mais comuns, afetando 19,9% da população estudada, seguidos dos transtornos de humor (11%), controle de impulsos (4,3%) e uso de substâncias (3,6%). A exposição ao crime foi associada a todos os quatro tipos de transtorno. Em comparação com os residentes estáveis, os migrantes tiveram baixa prevalência de todos os quatro tipos. Alta urbanicidade foi associada a transtornos de controle de impulsos e alta privação social a transtornos por uso de substâncias. Mulheres e homens migrantes vivendo em áreas carentes representam subgrupos vulneráveis. Quanto à taxa de tratamento, apenas um terço dos casos graves recebeu tratamento no ano anterior (ANDRADE et al., 2012).

Outra onda desse mesmo estudo conduzido em São Paulo buscou avaliar a quantidade de dias de incapacidade para trabalhar causados por problemas físicos e/ou mentais frequentes, e informou que um total de 13,1% dos entrevistados relatou 1 ou mais dias sem trabalhar no mês anterior, com uma mediana anual de afastamento de 41,4 dias. Os transtornos estudados representaram 71,7% de todos os dias de afastamento; e os problemas que causaram o maior número de dias de incapacidade individual foram distúrbios digestivos (22,6), humor (19,9), uso de substâncias (15,0), dor crônica (16,5) e ansiedade (14,0). Os problemas associados à maior quantidade de dias de incapacidade para trabalhar na população foram a dor crônica (35,2%), o humor (16,5%) e a ansiedade (15,0%) (ANDRADE et al., 2013).

Outros autores brasileiros investigaram diretamente a clientela da APS e encontraram um alto índice de TMC, identificando prevalências que variaram entre 38 e 56%, dependendo da metodologia empregada em cada um deles (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2014; MARI; WILLIAMS, 1986; VILLANO, 1995). Além disso, uma pesquisa sobre a qualidade de vida em pacientes com TMC indicou que estes tendem a apresentar uma qualidade de vida mais baixa (BORGES et al., 2016). Vale citar que pesquisas adicionais relevantes sobre a prevalência de TMC podem ser encontradas em levantamento anterior (MENEZES, 2012).

Entretanto, embora extremamente frequentes, os TMC não são adequadamente tratados, pois há uma grande lacuna entre a demanda da população e a oferta de atenção. Ainda que essas perturbações, supostamente, apresentem menor gravidade, às vezes, podem ser fonte de intenso sofrimento e podem alcançar tal grau de desconforto que chegam a

atrapalhar o exercício de meras atividades cotidianas, transformando-as num grande fardo. Por vezes, tornam-se devastadoras e até mesmo incapacitantes. Logo, a importância em abordá-las reside no fato de que manifestações leves têm risco de, eventualmente, tornarem-se crônicas e progredirem para transtornos de intensidade mais grave. Geralmente, sobrecarregam não só os serviços, como os próprios pacientes, suas famílias e comunidades, causando prejuízos econômicos e sociais. Contudo, não obstante as manifestações de vulnerabilidade mental serem extremamente corriqueiras em nossa sociedade, a identificação dessas condições pelos serviços de saúde é indubitavelmente incipiente, assim como a oferta de cuidado para minimizá-las ainda é indiscutivelmente escassa (DEMYTTENAERE et al., 2004; WHO; WONCA, 2008; WHO, 2010a).

### 1.1.2 O sofrimento emocional na visão de alguns autores das Ciências Humanas e Sociais

Alguns autores ligados às ciências humanas e sociais, que contribuem para as discussões em torno do tema do sofrimento, criaram um repertório de outras conceituações e nomenclaturas, em que destacam especialmente o caráter cultural e social das queixas somáticas (MENEZES, 2012).

Por exemplo, considerando que queixas físicas diversas podem expressar um sofrimento que não tem substrato orgânico e está vinculado a fatores psíquicos e sociais, o educador Vincent Valla cunhou o termo sofrimento difuso para se referir a tais manifestações (FONSECA, 2007).

A psicóloga Marília Dantas, por sua vez, usa o termo sintomas polimorfos, que na sua concepção relacionam-se ao diagnóstico de sofrimento psíquico associado a condições de exclusão social e a acontecimentos de vida, os quais podem gerar perda das condutas adaptativas. Para a autora, os sintomas polimorfos mobilizam afetivamente, esteticamente ou moralmente a sensibilidade humana, subsumindo formas de vulnerabilidade psíquica diretamente decorrentes da precariedade e da perda de recursos e vínculos sociais (DANTAS, 2009).

Já o antropólogo Luiz Fernando Duarte estabeleceu o “Modelo do Nervoso” (DUARTE, 1986), no qual “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, 1986).

Seguindo 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.

Nervo, no nível pessoal, representa um conjunto de manifestações decorrentes de fenômenos psico-biológicos que sofrem a influência cultural, pois é nesse nível que são percebidos, rotulados, explicados e avaliados os agentes estressantes. Isso faz com que “nervos” seja uma manifestação, cuja forma de apresentação e possíveis significados sejam moldados diretamente pela cultura, sendo considerados, portanto, sintomas interpretados culturalmente (SILVEIRA, 2000).

Embora se acredite que o SE não possa ser totalmente apreendido por qualquer classificação, nem tenhamos a pretensão de fazê-lo, apenas a título de esclarecimento, apresentamos os sintomas polimorfos de acordo como citados por Dantas (2009), e aqueles associados ao modelo do nervoso segundo a visão de Silveira (2000), respectivamente nos Anexos A e B. Ressaltamos que o fazemos com fins didáticos, e que, no caso de uso dessas relações, deve-se considerar o contexto particular em que vierem a serem utilizadas e sempre evitar quaisquer generalizações.

A despeito das distintas nomenclaturas, as concepções dos diferentes autores coincidem num ponto, isto é, no reconhecimento do sofrimento como uma manifestação que, de modo ambíguo e instável, articula, simultaneamente, numa única expressão, as dimensões econômica, social, política e cultural da vida humana, e que, por essa complexidade, demonstra-se, aparentemente, ou ao menos num primeiro momento, quase indecifrável.

Para efetuar uma intervenção terapêutica, é preciso, antes de tudo, interpretar o SE e decifrar as queixas vagas, os relatos difusos, as irrupções inexplicáveis, enfim, toda a ampla gama de perturbações manifestadas pelos usuários. Dessa forma, o reconhecimento e o processo de detecção de um problema de SM ocupam um lugar central no processo de cuidado, tanto para o paciente, quanto para o sistema de saúde, uma vez que a detecção é a ação que transforma a pessoa em paciente (GUARNACCIA; RODRIGUEZ, 1996). No caso

do paciente, a informação gerada através do processo de detecção determinará o tratamento do paciente e o seu futuro itinerário terapêutico dentro do sistema de saúde, ao passo que para este, o dado da detecção subsidiará a organização e a gestão dos serviços, bem como o planejamento das intervenções terapêuticas.

Em trabalho anterior (MENEZES, 2012), mencionamos que existe uma dificuldade quanto ao reconhecimento do SE, pois a percepção e a interpretação das sensações mórbidas são atos de decifração, uma vez que a ordem cultural é encarnada nos corpos, (BOLTANSKI, 1989). E os referenciais tradicionais da biomedicina não são adequados para lidar com manifestações da natureza do SE, principalmente quando não permitem a identificação de lesão biológica. Com isso, o SE se torna uma complicação para a identificação diagnóstica que coloca em xeque o saber médico. Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2006, p. 1097) afirmam que, de fato, “não são os pacientes que não se enquadram, mas o sistema institucional que não consegue responder às suas demandas”.

Citamos também a existência de uma série de termos populares depreciativos que circulam pelos serviços usados para se referir às queixas somáticas, tais como: “*piripaque*”, “*chilique*”, “*frescura*”, “*piti*”, “*dramatização*”, dentre outros (SILVEIRA, 2000; SIMONETTI, 2004). Seu cunho negativo indica que pacientes com SE são significativamente desqualificados, e até mesmo marginalizados, pelos profissionais de saúde (MENEZES, 2012).

Segundo Savi (2005), queixas sobre sintomas como dores de cabeça, dores pelo corpo, desânimo, insônia e outras, que são detectáveis, mas não diagnosticáveis nos exames laboratoriais, via de regra, são medicalizadas com resolubilidade duvidosa. 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 SE, que geralmente, acaba sendo desvalorizado no processo de medicalização da sociedade.

Em contrapartida, no campo da Saúde Coletiva, 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 tecno-assistencial (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006). 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).

Como alternativa ao modelo biomédico hegemônico, a Atenção Primária à Saúde é um modelo assistencial que, por suas características intrínsecas, pode facilitar o processo de reconhecimento do SE, como veremos a seguir.

### 1.1.3 Atenção Primária como nível assistencial mais adequado para o cuidado do sofrimento emocional

No campo da SMG, o qual será minuciosamente apresentado no item “*O panorama da Saúde Mental para Todos*”, assim como no Brasil, há um crescente consenso de que disponibilizar cuidado de SM na APS pode reduzir a sobrecarga dos TMC e, por isso, este é o nível assistencial mais adequado para se exercer a abordagem aos problemas de SM tal como o SE. Consequentemente, a integração de ações de SM na APS, cada vez mais, torna-se uma diretriz fundamental para solucionar a histórica falta de acesso ao cuidado dos problemas de SM e para reduzir a atual lacuna de tratamento dessas condições (BRASIL, 2003; PATEL et al., 2013; WENCESLAU; ORTEGA, 2015; WHO; WONCA, 2008; WHO, 2008a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), entidade internacional que reúne as sociedades de medicina de família no mundo, prover cuidados primários para SM significa integrar o manejo de SM na assistência de saúde disponibilizada no nível de atenção primária. E a maior parte dos países tem sistemas de cuidados primários que podem ser habilitados para oferecer a atenção adequada à SM (WHO; WONCA, 2008; WHO, 2013b).

Como relatamos em estudo anterior (MENEZES, 2012), historicamente, a ideia de APS surge, nos anos 20 do século passado, na Inglaterra, com a publicação do Relatório Dawson, que lançava uma concepção de organização assistencial como alternativa ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual. Com o propósito de contornar a complexidade e os custos crescentes de seu sistema de saúde, 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 (MENEZES, 2012, p. 32).

Muitos sistemas de saúde do mundo seguiram o modelo inglês. Embora uma análise aprofundada fuja ao propósito desta tese, cabe mencionar que as distintas experiências em diferentes países acabaram gerando duas interpretações opostas de APS no que se refere à organização dos sistemas de saúde, que, até hoje, coexistem no cenário da saúde. Uma visão ampliada, que preconiza a articulação entre os diversos níveis de atenção, baseada na continuidade do cuidado, na integralidade das ações, e na aproximação dos serviços do contexto cultural dos usuários, e outra de caráter seletivo, oriunda da necessidade de redução de custos e fortemente apoiada por organismos internacionais, que preconiza a implementação de programas específicos, geralmente, destinados ao atendimento de populações empobrecidas, envolvendo 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).

No fim dos anos 70, a OMS realiza a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, daí porque este evento ficou mundialmente conhecido como “Alma-Ata”, ocasião em que a concepção ampliada de APS saiu fortalecida como estratégia central de organização dos sistemas nacionais de saúde (WHO; UNICEF, 1979). Contudo, nas décadas seguintes, a ascensão de governos neoliberais no cenário político mundial, apoiados por agências internacionais como o Banco Mundial, trouxe retrocessos na configuração de sistemas de APS em muitos países, que passaram a promover a noção da atenção primária seletiva, difundindo programas de extensão de cobertura organizados verticalmente e baseados na oferta de “cestas básicas” compostas por um conjunto mínimo de ações de saúde simples e de baixo custo (MENEZES, 2012).

Em Alma-Ata, a APS foi definida 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 (WHO; UNICEF, 1979, p. 2).

Em função de sua definição e de seus atributos intrínsecos, que serão citados à frente, como *locus* de cuidado de SM, a APS está habilitada a prestar uma ampla gama de serviços quem passam por: detecção precoce de transtornos mentais; abordagem dos TMC; manejo de pacientes com problemas psiquiátricos estáveis; encaminhamento e referência para outros níveis assistenciais sempre que necessário; cuidado integrado de SM de pessoas com problemas de saúde física; até ações de prevenção e promoção de SM (WHO; WONCA, 2008).

Acompanhando o panorama mundial, segundo Corbo, Morosini e Pontes (2007), no Brasil também ocorrem disputas entre as concepções de APS e seus correspondentes modelos assistenciais. Reconhecendo a importância de uma APS ampliada, a Reforma Sanitária defendia a ideia, de “saúde como um direito de todos e um dever do Estado”, que veio a ser adotada na Constituição Brasileira de 1988. Logo em seguida, em 1990, é instituído o SUS, norteado por princípios semelhantes àqueles difundidos em Alma-Ata, isto é, da universalidade do acesso, da integralidade do cuidado e da equidade da atenção (MENEZES, 2012).

No “embalo” dessa conquista político-social, em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2002), dois anos depois redesignado Estratégia de Saúde da Família, como forma de tentar evitar quaisquer associações com a noção seletiva de programas verticais e transitórios, e principalmente enfatizar uma concepção estratégica para transformar o modelo de atenção à saúde vigente no país (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007). Nesse sentido, a ESF é a proposta 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 (SILVA JÚNIOR, 1988).

Ao longo de mais de vinte anos, apesar de inúmeros problemas, a disseminação da ESF ganhou proporções vultosas e vem redirecionando o quadro assistencial brasileiro. Dados do Ministério da Saúde indicam que, em 2018, a ESF contava com 41.000 equipes, presentes em 5.251 dos municípios, alcançando 125 milhões de pessoas. Tais dimensões garantem a aproximação entre os serviços de saúde e aproximadamente 65% da população brasileira, 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 (BRASIL, 2016).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), a equipe de saúde da ESF tem composição multidisciplinar, sendo integrada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e até doze agentes comunitários de saúde (ACS), sendo cada ACS responsável por cerca de 750 pessoas. Em sua atuação, a equipe da ESF tem responsabilidade sanitária pela população de uma área geográfica adscrita específica – que varia de três a quatro mil pessoas. Tal área constitui um verdadeiro território, conceito que aporta certa complexidade, uma vez que extrapola a dimensão meramente geográfica, e inclui múltiplas dimensões, inclusive as sociais e culturais (LIMA; YASUI, 2014).

Tendo em vista a ampliação do escopo da atuação da ESF, em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008), nomenclatura redesignada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) por ocasião da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a). Cada equipe NASF tem uma configuração diferente, reunindo profissionais de distintas especialidades da saúde, tais como, entre outras: psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, educação física, etc. A configuração da equipe NASF deve ser estabelecida de acordo com a demanda do território coberto pela(s) ESF(s) a qual o NASF dá suporte, devendo sempre contar com pelo menos um profissional de saúde mental, em função da alta prevalência dos transtornos mentais (BRASIL, 2008, 2010). Atualmente, existem 5.293 equipes (modalidades 1, 2 e 3) implantadas.

A atuação do NASF está pautada no Apoio Matricial (CAMPOS, 1999), cujo processo de trabalho também é conhecido como Matriciamento (CHIAVERINI, 2011). Nesse tipo de atuação, profissionais especialistas fornecem apoio aos generalistas da equipe de referência da ESF, exercendo um suporte por meio do compartilhamento de conhecimentos provenientes de distintos campos de saber (CAMPOS, 1999), sistemática de trabalho semelhante ao modelo de cuidado colaborativo inglês (BOWER et al., 2006). Nesse trabalho interdisciplinar, o NASF pode oferecer apoio à equipe da ESF realizando várias ações técnicas para caracterizar a demanda de cuidado e colaborar no cuidado da clientela da ESF, tais como, por exemplo, interconsulta, discussão de caso, consulta conjunta, visita domiciliar, desenvolvimento de novas intervenções terapêuticas, estruturação de rede de cuidado e de parcerias intersetoriais com os recursos comunitários (CHIAVERINI, 2011).

O desenvolvimento de diferentes nuances de Matriciamento já foram descritas (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013), ao passo que, no artigo “*Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento*”, procuramos demonstrar a abrangência do trabalho colaborativo do Matriciamento no sentido



de possibilitar a criação de espaços de cuidado a pessoas com SE e/ou outras problemáticas prevalentes na APS; transtornos mentais graves; ou ainda problemas de uso nocivo de álcool e/ou drogas, sempre buscando, preferencialmente, uma abordagem com foco no sistema familiar (FORTES et al., 2014)

Várias são as razões que justificam a importância de se prover assistência a problemas de ordem mental junto com os cuidados primários. Uma dessas refere que os cuidados primários integrados aumentam o acesso da população a serviços próximos de casa, pois favorecem a participação da família, a convivência na comunidade e a manutenção das atividades de rotina, além de facilitarem a promoção de SM e o acompanhamento de longo prazo aos indivíduos afetados. Sendo assim, cuidados de SM na APS também podem ajudar a cobrir a enorme lacuna existente entre a oferta e a demanda de tratamento por parte de pessoas com transtornos mentais (WHO; WONCA, 2008).

Outros motivos são a elevada carga de doença dos transtornos mentais, que 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. A SM 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 (WHO; WONCA, 2008).

Em termos econômico-financeiros, incluir a atenção em SM na APS 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 do processo de incapacitação dos indivíduos afetados. Por fim, cuidados de SM 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 (WHO; WONCA, 2008).

A título de síntese, reproduzimos no Quadro 1 as razões já mencionadas para se integrar a SM na APS:

### Quadro 1 - Sete razões para integrar Saúde Mental à Atenção Primária

1.	O ônus dos transtornos mentais é grande. Os transtornos mentais são predominantes em todas as sociedades. Eles criam uma carga substancial para os indivíduos e suas famílias, e produzem significativas dificuldades sociais e econômicas que afetam a sociedade como um todo.
2.	Problemas de saúde mental e física estão entrelaçados. Muitas pessoas sofrem de problemas de saúde física e mental. Serviços integrados de Atenção Primária ajudam a garantir que as pessoas sejam tratadas de maneira holística, abordando as necessidades de saúde mental de pessoas com distúrbios físicos, bem como as necessidades de saúde física de pessoas com transtornos mentais.
3.	A lacuna de tratamento para transtornos mentais é enorme. Em todos os países, há uma lacuna significativa entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas que recebem tratamento e cuidados. A Atenção Primária em Saúde Mental ajuda a reduzir essa lacuna.
4.	Atenção Primária à Saúde Mental aumenta o acesso. Quando a Saúde Mental está integrada na Atenção Primária, as pessoas podem acessar cuidados de Saúde Mental mais perto de suas casas, mantendo assim suas famílias unidas e mantendo suas atividades diárias. A Atenção Primária à Saúde Mental também facilita a abordagem comunitária e a promoção de Saúde Mental, bem como o manejo e o monitoramento de longo prazo das pessoas afetadas.
5.	A Atenção Primária à Saúde Mental promove o respeito aos direitos humanos. Os serviços de Saúde Mental prestados na Atenção Primária minimizam o estigma e a discriminação. Também eliminam o risco de violações aos direitos humanos que podem ocorrer em hospitais psiquiátricos.
6.	A Atenção Primária à Saúde Mental é acessível e economicamente efetiva. Serviços de cuidados primários de Saúde Mental são menos dispendiosos do que os hospitais psiquiátricos para pacientes, comunidades e governos. Além disso, os pacientes e as famílias evitam custos indiretos associados ao deslocamento até serviço de cuidados especializados em locais distantes. O tratamento de transtornos mentais comuns é econômico, e os investimentos governamentais podem gerar benefícios importantes.
7.	A Atenção Primária à Saúde Mental gera bons resultados de saúde. A maioria das pessoas com transtornos mentais tratadas na Atenção Primária tem resultados, particularmente quando conectadas a recursos comunitários ou serviços de nível secundário via uma rede de atenção em saúde.

Fonte: OMS; WONCA (2008, p.3, tradução nossa).

A APS é considerada a “espinha dorsal de um sistema de saúde racional”, ela opera mudanças fundamentais nos serviços de saúde, direcionando-os no sentido de responderem às necessidades tanto das comunidades, quanto dos indivíduos que procuram auxílio (STARFIELD, 1994, p. 1129). Segundo a autora:

*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 (STARFIELD, 2002, p. 29).*

A APS não só constitui a base, quanto determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos – tanto os básicos, como os especializados – orientando-os para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde. Como base do sistema disponibiliza cuidados aos problemas de saúde mais frequentes da

população, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção, buscando atingir 80% de tais agravos (STARFIELD, 2002).

É um modelo de atenção reconhecido por oferecer um atendimento acessível e aceitável para os pacientes; assegurar a distribuição equitativa de recursos de saúde; integrar e coordenar serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; manejar, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e os medicamentos; aumentar a relação custo-efetividade dos serviços (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

São doze as características que definem e também diferenciam a APS do modelo de assistência organizado por especialidades médicas (STARFIELD, 2002, p.53).

1. Geral: não é restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições;
2. Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura;
3. Integrada: curativa, reabilitador, promotora de saúde e preventiva de enfermidades;
4. Continuada: longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida;
5. Equipe: o médico é parte de um grupo multidisciplinar;
6. Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
7. Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;
8. Orientada para a família: problemas compreendidos no contexto da família e da rede social;
9. Orientada para a comunidade: contexto de vida na comunidade local; consciência de necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde;
10. Coordenada: coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe;
11. Confidencial;
12. Defensora: defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

De forma geral, essas características se refletem nos quatro atributos exclusivos da APS, que fazem parte da atenção e ajudam a organizar os serviços (STARFIELD, 2002):

- o primeiro contato – atributo também referido como “porta de entrada” que, na verdade, permite o acesso ao sistema de saúde;
- a continuidade – atributo que representa a responsabilização longitudinal do paciente, constituindo uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, independentemente da presença ou da ausência de doença;
- a integralidade – atributo relacionado ao cuidado integrado dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde, de acordo com o nível de capacitação da equipe; e
- a coordenação – atributo que se refere à capacidade de centralizar e administrar toda a informação, orientação e apoio que a pessoa recebe.

Além destes, a APS possui mais três atributos derivativos que decorrem dos atributos exclusivos:

- a atenção com foco na família – atributo que emerge da integralidade e da coordenação do cuidado, isto é, quando o exercício do cuidado considera o ambiente familiar do paciente. Observa-se especialmente a comunicação intrafamiliar e os recursos familiares disponíveis. O conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família também é importante, visto que os padrões familiares de doença podem esclarecer possíveis mecanismos de etiologia e de resposta à terapia.
- a orientação e a participação comunitária – atributo resultante de um alto grau de integralidade da atenção geral. Pressupõe que compreender as características de saúde de uma comunidade e dos recursos nela disponíveis é um modo mais amplo de avaliar as necessidades de saúde do que simplesmente considerar as interações com os pacientes ou suas famílias. Diz respeito a quanto os profissionais se envolvem em assuntos da comunidade, assim como a quanto eles envolvem a comunidade nas práticas de saúde. Dedicar-se especial atenção ao conhecimento das redes sociais e dos sistemas de apoio comunitários, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos.
- a competência cultural – atributo que resulta do exercício da integralidade na medida em que envolve o reconhecimento e o atendimento de necessidades de grupos populacionais específicos, muitas vezes minorias vulneráveis, cujas necessidades são invisibilizadas (ex. grupos étnicos, raciais ou com características culturais especiais).

Conforme descrito, o atributo do primeiro contato viabiliza o acesso das pessoas ao cuidado de saúde. E, justamente em virtude da importância do acesso para todo o desenrolar do processo de obtenção de assistência, é válido destacar que o campo da SMG confere especial destaque a este atributo, como veremos nos próximos itens deste capítulo. Vale salientar também que a ESF, que já contabiliza cerca de 25 anos, é internacionalmente reconhecida como uma potente experiência brasileira de fortalecimento de acesso na APS (MACINKO; HARRIS, 2015; PAIM et al., 2011).

Por estar incrustada no território e inserida no cotidiano da comunidade, a APS se consolida como um nível de assistência próximo à população e suas mazelas. Sendo assim, no

que se refere à clientela atendida, 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).

Com a proximidade da população, as perturbações comuns associadas às condições psicossociais rotineiras passam a ser um dos principais focos de atenção. Uma vez que o sofrimento é inerente à existência humana, o desafio da APS consiste justamente em compreender a complexidade da vivência humana não só em seus aspectos físicos e biológicos, mas também emocionais, psíquicos, políticos, econômicos, sociais e culturais (MENEZES, 2012).

No que tange o perfil educacional do profissional que atua na APS, a medicina de família e comunidade é a formação mais indicada visto que:

é a especialidade médica da integralidade com foco centrado na APS. Por isso, é uma especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à medicina de família e comunidade, partindo de um primeiro e fácil acesso, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a medicina de família e comunidade é um componente primordial da atenção primária à saúde (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005, p.2).

Como formação educacional, a medicina de família e comunidade diferencia-se daquela de outras especialidades biomédicas tradicionais por assumir epistemologicamente que o processo de saúde-adoecimento é um fenômeno complexo que abrange a interação dinâmica de fatores biológicos, psicológicos e socioambientais, e por ter como princípio a medicina centrada na pessoa e não na doença, na relação médico-paciente (RMP) e na interlocução e diálogo com aquele que busca auxílio (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

A medicina de família e comunidade apresenta quatro competências – sendo elas a solução de problemas que se apresentam de modo indiferenciados; as competências preventivas; as competências terapêuticas (de problemas frequentes de saúde); e a competência de gestão de recursos – as quais possibilitam o manejo da maioria (85% em geral) dos problemas de saúde apresentados pela população de uma determinada região, que mesmo sendo frequentes, nem sempre são de fácil manejo, pois geralmente têm alto grau de complexidade e exigem considerável suporte diagnóstico e terapêutico, mesmo em menor

densidade de tecnologias duras (equipamentos) do que nos outros níveis assistenciais. Assim, quando é necessária algum tipo de atenção de outro nível do sistema de saúde, o médico de família e comunidade da APS encaminha o paciente para o centro de referência correspondente ao problema de saúde do paciente, mas, mesmo assim, ele segue sendo o responsável pela coordenação da atenção médica do paciente que foi encaminhado (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

Sendo assim, levando em conta a sua base epistemológica e as suas quatro competências centrais, a medicina de família e comunidade é a especialidade que mais adequadamente forma profissionais para lidar com o SE e com outros problemas de SM da clientela que frequenta a APS.

#### 1.1.4 A dificuldade de reconhecimento do sofrimento emocional

Não obstante as transformações assistenciais do SUS, a implantação da APS, a crescente expansão de todo o aparato da ESF e a adequação do perfil do médico de família e comunidade, que, inegavelmente, possibilitam uma assistência pública jamais oferecida antes no país, conseqüentemente, potencializando a atenção à saúde da população, o acesso ao cuidado do SE ainda representa um desafio.

Pesquisa multicêntrica da OMS com mais de 60.000 pessoas, conduzida em quatorze países de quatro continentes (África, Américas, Ásia e Europa), revelou que o índice de tratamento de TMC é extremamente baixo, variando entre 8% e 15,3%, respectivamente, na Nigéria e nos Estados Unidos (DEMYTTENAERE et al., 2004).

Desde a década de 80, pesquisadores investigam o cuidado de SM exercido por médicos de unidades de atenção geral. O primeiro estudo realizado no Brasil indicou que a taxa de detecção por clínicos gerais de unidades básicas varia numa faixa de 21 a 78% (MARI MARI, 1987). Taxa de detecção um pouco inferior foi identificada em outro estudo mais recente, realizado na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro, em que (com acurácia de 65%) médicos de família verificaram que 53% dos pacientes apresentava algum tipo de SE (GONÇALVES et al., 2011). Outros estudos apontam que 30 a 60% das morbidades psiquiátricas não são reconhecidas pelos profissionais na APS (BRODATY; ANDREWS; KEHOEL, 1982; COYNE; SCHWENK; FECHNER-BATES, 1995).

Vários são os fatores que interferem na detecção dos TMC, e dentre eles estão a expressão sintomatológica dos pacientes; características inerentes ao paciente (sexo, educação, etc.); a capacidade de reconhecimento dos médicos da APS; a qualidade do cuidado; e aspectos estruturais do sistema de saúde, como as condições de trabalho, a oferta de cuidado longitudinal e consultas integrais, e o tempo de atendimento (GOLDBERG D., 1990).

Em termos da busca de cuidado, mesmo em situação de sofrimento, muitas pessoas evitam procurar ajuda médica por motivos diversos. Barreiras relatadas para não buscar ajuda incluem a falta de meios financeiros para pagar os cuidados, medo de ser percebido como “fraco” por ter problemas de SM, medo de ser visto como “louco” ou estar muito doente para pedir ajuda (LUITEL et al., 2017). Numa pesquisa realizada numa unidade da ESF com mulheres de uma região desfavorecida da cidade do Rio de Janeiro, percebemos padrões de linguagem específicos ligados à presença de situações de violência e vulnerabilidade na favela que indicam haver regras e códigos sociais impostos – de modo implícito – aos moradores, que os levam a sentirem-se constrangidos para expressar abertamente o seu SE. A alta rotatividade e a sobrecarga dos profissionais foram outras barreiras identificadas para a expressão do SE durante o atendimento na ESF, sendo a continuidade do cuidado um facilitador da confiança no profissional que assegura o paciente e gera adesão ao cuidado (ATHIÉ et al., 2017).

Apesar da importância do médico generalista inserido na APS para o diagnóstico, tratamento e manejo dos pacientes (ÜSTUN; SARTORIUS, 1995; VALENTINI, 2004), verifica-se a incapacidade de profissionais para lidar com as perturbações emocionais de seus pacientes, especialmente na abordagem de problemas psicossociais e no manejo de transtornos mentais (LIN, 1999; LYRA, 2007).

Há mais de dez anos já era notório que, em função da rápida expansão, a ESF atraiu profissionais cujo perfil ou formação nem sempre são adequados para compor as equipes multidisciplinares, o que pode leva-los a reproduzir padrões tradicionais de atendimento biomédico. Além disso, a ideia de um emprego imediato e com remuneração acima da média gera alta rotatividade dos médicos, embora alguns até acabem aderindo ao projeto da ESF e busquem capacitar-se nas competências necessárias para trabalhar neste nível assistencial (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005), indicando, no entanto, que muitos outros profissionais permanecem na ESF sem ter as competências adequadas para a atuação na APS.

A inexistência e/ou precariedade de sistemas de referência, bem como de serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, também constituem sérios problemas para a ESF no que se

refere à falta de uma rede assistencial articulada, o que deixa as equipes sobrecarregadas com a responsabilidade de prestar cuidados a um número exagerado de famílias, e compromete a qualidade e a diversidade das ações que deveriam desenvolver, prejudicando a eficácia da ESF e desestimulando a formação de recursos humanos para o trabalho na APS (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

Outro fator que também prejudica o desempenho do atendimento é o crescente nível mundial de burnout entre médicos clínicos gerais, uma vez que o burnout representa uma erosão nos valores, dignidade, espírito e vontade, isto é, uma verdadeira erosão da alma humana (COLE; CARLIN, 2009) e também a ameaça mais letal ao humanismo na medicina e à saúde da relação médico-paciente (GERDNER, 2014). A síndrome do burnout ou síndrome do esgotamento profissional começou a ser investigada nos anos 70, sendo compreendida como um distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de intensa exaustão física e mental. O desenvolvimento do burnout ocorre a partir de um prolongado nível de estresse elevado, que envolve um acúmulo de tensão e sentimentos de irritabilidade e fadiga, que geram pressão sobre o trabalhador. O adoecimento por burnout fica definitivamente caracterizado quando o trabalhador, para lidar com seu estresse, passa a se desconectar psicologicamente de si próprio e a apresentar um comportamento defensivo associado a uma postura apática, cínica ou rígida diante do trabalho (FREUDENBERGER, 1974).

Nos Estados Unidos, estudos apontam prevalência de 50% (ROTHENBERGER, 2017) e previsão de que 15% tornar-se-ão incapacitados em algum ponto de sua carreira (COLE; CARLIN, 2009). Outro estudo inglês aponta que a demanda por produtividade e a expectativa de que o médico seja resiliente pressionam o profissional, afetando sua SM (CARRIERI et al., 2018).

Esse mesmo problema vem afetando as equipes da ESF, onde a presença de burnout está diretamente associada à queda no índice de satisfação no trabalho em função das condições de trabalho, o que leva os médicos que apresentam maior exaustão emocional à ineficácia, a faltar mais ao trabalho, a pensar em mudar de emprego e, sobretudo entre aqueles com maiores expectativas na conversão do antigo modelo assistencial para a nova APS, existe descrédito quanto às mudanças e há o desejo de desistir (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015). Além disso, o burnout leva o médico a promover maior gasto farmacêutico por paciente atendido (MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015), e questionamos se no caso da SM isso poderia estar associado a maior prescrição psicotrópica e à medicalização do SE.



Dessa forma, a lacuna entre as necessidades do paciente e do preparo do profissional e da adequação das condições de trabalho para o manejo terapêutico evidencia a importância de se ampliar o conhecimento sobre as diversas modalidades de apresentação do sofrimento (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

## 1.2 O panorama da “Saúde Mental para Todos”

Não há saúde sem saúde mental.

(PRINCE et al., 2007)

Nesta seção, buscamos apresentar ao leitor o panorama de SMG, campo com o qual se pretende dialogar. Ao longo dos vários itens, exploramos o surgimento e os principais aspectos deste campo de pesquisa e práticas, contamos a atuação da OMS tanto para colocar a SM na agenda da saúde global, quanto para levar os países a elevarem a sua prioridade na agenda global da saúde. Relatamos, ainda, algumas polêmicas que permeiam as discussões deste campo, e, por fim, expomos um mapeamento da situação da SMG no Brasil.

### 1.2.1 A constituição do campo da Saúde Mental Global

A emergência do campo da SMG, registrada a partir de duas séries de artigos publicados no periódico inglês *Lancet* em 2007 e 2011, caracteriza-se pelo foco em abordar as enormes disparidades no que se refere à falta de acesso aos cuidados de SM ao redor do mundo. Na produção dessas publicações, pesquisadores da *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e do Instituto de Psiquiatria do King’s College, instituição também de Londres, reuniram-se a especialistas da OMS com os objetivos de apontar as lacunas na oferta e na disponibilidade de tratamento de SM em diversos países, principalmente naqueles

considerados de baixa e média renda (LMIC)<sup>1</sup>, bem como de conclamar a sociedade a agir no sentido de atender a tais necessidades por parte da população. Considerando o pioneirismo das publicações como referencial teórico fundador e propagador da SMG, os resumos dos artigos das séries de 2007 e 2011 encontram-se traduzidos nos Apêndices F e G, respectivamente.

O artigo de abertura apresentou um volume expressivo de dados sobre a epidemiologia dos transtornos mentais e sua relação com outros quadros de saúde, principalmente com as doenças crônicas não transmissíveis (DNT), além de seu impacto e sua carga econômica sobre a sociedade, destacando o impacto dos DSS (PRINCE et al., 2007). No segundo artigo, foi exposta a situação dos recursos para a SM, assim como o estado de escassez, desigualdade e ineficiência dos sistemas de saúde (SAXENA et al., 2007), enquanto que, no trabalho seguinte, foram descritas as evidências da eficácia das intervenções no tratamento e na prevenção de transtornos mentais específicos em LMIC (PATEL et al., 2007). O quarto artigo, por sua vez, apontou inconsistências e lacunas substanciais na conjuntura dos sistemas de SM (JACOB et al., 2007), ao passo que as barreiras que retardam a melhoria dos serviços de SM em LMIC foram o tema de análise do penúltimo artigo (SARACENO et al., 2007). Finalmente, na última publicação da série de 2007, os autores dos artigos anteriores reuniram-se para convocar a sociedade e os governos a agirem para aumentar os serviços voltados aos transtornos mentais (LANCET, 2007).

Em 2011, outra série de artigos teve o propósito de analisar os progressos dos quatro anos anteriores e ainda acrescentou mais informações, fornecendo novos subsídios indispensáveis para os formuladores de políticas e profissionais de saúde. Os temas desses artigos foram escolhidos após consulta ao *Movement for Global Mental Health*<sup>2</sup> (Movimento para a Saúde Mental Global, tradução nossa), uma coalizão internacional comprometida em melhorar o acesso à assistência em SM e em promover os direitos humanos das pessoas afetadas por transtornos mentais em todo o mundo, como será explicado mais à frente.

A série começa com um artigo que avalia possíveis formas de quebrar o ciclo vicioso entre a pobreza e os transtornos mentais em LMIC (LUND et al., 2011). Em sua exposição, mais do que reunir informações relevantes que justifiquem o escalonamento (*scale up*) do acesso às intervenções de SM por motivos de saúde pública e direitos humanos, os autores constroem argumentos para pleitear que a SM seja considerada uma prioridade na agenda política de desenvolvimento dos países, alegação essa que, mais tarde, endossará a luta pela

---

<sup>1</sup> LMIC – Sigla inglesa para designar *low and middle income countries* que será mantida em português.

<sup>2</sup> *Movement for Global Mental Health*, disponível em: <http://www.globalmentalhealth.org/>

inclusão da SM nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Na publicação seguinte, foram discutidas as evidências existentes relativas à prevalência, aos fatores de risco e proteção, e às intervenções para prevenir e tratar problemas de SM na infância e adolescência (KIELING et al., 2011). O alvo do terceiro texto foram a prática e a pesquisa de SM e o apoio psicossocial em cenários de assistência humanitária (VAN OMMEREN et al., 2011). Em seguida, por meio de revisão sistemática da literatura e da pesquisa com informantes-chave dos sistemas nacionais de SM, a evolução da ampliação dos serviços de SM em todo o mundo foi devidamente analisada (EATON et al., 2011). Em continuação, foi abordada a situação da força de trabalho e as estratégias para desenvolver ações relacionadas aos recursos humanos dedicados aos cuidados de SM (KAKUMA et al., 2011). O último número da série apontou uma crise global não resolvida referente às violações dos direitos humanos de pessoas com problemas mentais e deficiências psicossociais (DREW et al., 2011).

Diante da percepção de que a SM não constava na agenda política da saúde em muitos países, em especial nos LMIC, os autores recuperaram o entendimento de que saúde mental e física são intimamente ligadas, entendimento esse difundido anteriormente, em 1954, pelo Dr. Brock Chisholm, psiquiatra, então primeiro diretor-geral da OMS, que declarou: “sem saúde mental não pode haver saúde física verdadeira” (KOLAPA, HENDERSON E KISHORE, 2013). Foi assim criado o lema da SMG: “*no health without mental health*” ou, em português, “não há saúde sem saúde mental” (PRINCE et al., 2007), com o qual clínicos, pesquisadores, acadêmicos, políticos, gestores e membros da população em geral tentam não só chamar a atenção de governos e da sociedade civil para a importância de tal problemática, quanto principalmente, fazer com que recursos sejam direcionados para a área de SM dentro do panorama mundial da saúde. No intuito de reduzir a enorme lacuna global de tratamento disponível para transtornos mentais, OMS e outras autoridades nesse campo propagam estratégias voltadas para o desenvolvimento, implementação e avaliação de práticas baseadas em evidências que possam melhorar o acesso à saúde. Os esforços nesse sentido vêm ganhando adeptos em várias partes do planeta e, pouco a pouco, surge um conjunto compartilhado de razões que justificam e defendem o cuidado à SM. Com isso, gradativamente, essa plataforma de argumentação e iniciativas foi constituindo e enriquecendo o campo de pesquisa e intervenção – assim como de debates e críticas – denominado *Global Mental Health* (GMH) ou, em português, Saúde Mental Global.

A SMG alinha-se com o campo mais amplo da Saúde Global (PATEL; PRINCE, 2010). O termo “Saúde Global” (*global health*) vem paulatinamente substituindo o termo “Saúde Internacional” (*international health*). Enquanto Saúde Internacional designaria uma

concepção de atuação voltada para o controle de epidemias através das fronteiras de várias nações, Saúde Global contemplaria também as necessidades da população de todo o planeta acima de questões particulares de qualquer nação (BROWN; CUETO; FEE, 2006). A substituição dos termos acompanharia a transformação conceitual que vem ocorrendo na saúde, ou seja, gradualmente, o foco é transferido dos cuidados ao indivíduo para abordagens comunitárias, populacionais e globais, com as mudanças que se façam necessárias em decorrência do local em que se prestam os cuidados médicos, do perfil dos profissionais, e das ações de educação e treinamento destes. Concomitantemente, os objetivos também evoluem dos cuidados puramente curativos para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, que passa a ser melhor compreendida dentro de contextos políticos, sociais, culturais e éticos mais amplos (VELJI; BRYANT, 2011).

Em consonância com esse processo, a ambiciosa diretriz da OMS, do final do século passado, intitulada “*Health for All by the year 2000*” (Saúde para Todos no Ano 2000, tradução nossa) (WHO, 1981), definia uma estratégia global para que a cobertura de cuidados de saúde fosse considerada um direito básico de todos os seres humanos, garantido-lhes desfrutar dos benefícios da saúde, da capacidade produtiva e da atividade social possibilitados pelos avanços no conhecimento médico. Assim, mais do que dar continuidade às políticas anteriores, tal estratégia representava os primórdios do conceito de Saúde Global (VELJI; BRYANT, 2011).

Apesar de reunir diferentes enfoques acadêmicos e tendências ideológicas (FRANCO-GIRALDO; FRANCO-GIRALDO, 2015), há um consenso de que, ao se enfatizar os conceitos de equidade, justiça e direitos humanos, surge uma nova visão paradigmática baseada em ideais e valores humanos relacionados à oferta de saúde de alta qualidade para todos a nível mundial, transcendendo fronteiras, etnias, castas e religiões e que consagra a noção de bem global (VELJI; BRYANT, 2011). De modo geral, podemos dizer que o propósito da Saúde Global envolve as seguintes preocupações, sempre em nível mundial: promover o bem-estar e melhorar o estado de saúde da população; enfrentar os problemas característicos de populações vulneráveis; desenvolver, melhorar e fazer a reforma dos serviços de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento; reduzir as desigualdades globais e promover a justiça social; integrar a saúde nas políticas e desenvolver políticas intersetoriais (FRANCO-GIRALDO, 2015).

Já o termo *Global Mental Health*, usado até 2001 apenas para referir ao nível global de estresse de uma pessoa (geralmente associado ao nível de depressão e/ou ansiedade), nesse mesmo ano, com a publicação do “*The World Health Report: 2001 – Mental health: new*

*understanding, new hope*” (Relatório Mundial de Saúde de 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, tradução nossa) (WHO, 2001a), que focalizava exclusivamente na SM e destacava o ciclo vicioso entre vulnerabilidade e exclusão social e transtorno mental, foi usado, pela primeira vez, para circunscrever um campo dentro da saúde pública. Porém, somente após 2007, com o lançamento do conjunto de artigos publicados no *The Lancet*, passou a ganhar mais visibilidade (COHEN; PATEL; MINAS, 2014; PATEL; PRINCE, 2010).

A noção da dimensão global da SM surgiu nos anos 1990, com a criação do indicador “*Disability adjustment life years*” (DALY, ano de vida perdido por incapacidade<sup>3</sup>, tradução nossa) no estudo *Global Burden Disease* de 1996 (Carga Global de Doenças, tradução nossa). Esta medida representou uma grande evolução em relação aos dados epidemiológicos que, até aquele momento, eram baseados essencialmente em dados de mortalidade. A introdução desse indicador, somada à padronização dos critérios diagnósticos para transtornos mentais, permitiu comparar dados de várias nações, e revelou estimativas muito superiores às aquelas conhecidas anteriormente. A partir de então, os transtornos mentais, em função de seu caráter subjetivo, saíram da condição de problemas historicamente negligenciados pelos gestores em saúde e, portanto, praticamente invisíveis no cenário internacional, e passaram a ganhar destaque (BECKER; KLEINMAN, 2013).

A carga econômica associada aos transtornos mentais excede a carga associada a outras quatro grandes categorias de doenças não transmissíveis: diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, e câncer. Os transtornos mentais respondem por 13% da carga global de doenças, e estima-se que, em 2030, representarão um custo de US\$ 47 trilhões, equivalente a 4% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial (IZUTSU et al., 2015). Globalmente, a depressão grave é a condição que apresenta maior impacto na sociedade, sendo a segunda causa mais importante de DALY; está entre os quatro maiores geradores de DALY no Estudo de Carga Global de Doença de 2010, e deve tornar-se o maior agente até 2030. A carga total de DALY correspondente aos transtornos mentais e comportamentais (22,7%) continua a ser maior do que a de qualquer outra categoria de doença, e em 2010, sua participação na carga das doenças manteve-se semelhante àquela medida em 1990 (BECKER; KLEINMAN, 2013; HOCK et al., 2012). Com baixa

---

<sup>3</sup> Fonte da tradução: Estudo sobre carga de doença no Brasil de 1998. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_saude/tela16\\_2.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude/tela16_2.html), acesso em 9/9/2013. A ideia central é que, embora em muitas das pesquisas na área de saúde os indicadores sejam baseados na mortalidade, as informações de mortalidade são insuficientes para dar um panorama da qualidade de vida. Então o DALY procura combinar dois indicadores: mortalidade e morbidade, ou seja, procura medir simultaneamente tanto o efeito da mortalidade quanto da morbidade.

mortalidade, mas pela morbidade altamente incapacitante, os transtornos mentais subitamente foram alçados a um dos maiores campos de intervenção em saúde (BEMME; D'SOUZA, 2014).

Apesar de todo o potencial dos dados epidemiológicos para justificar o aumento dos investimentos mundiais em SM, grandes inconsistências no aporte de recursos persistem e comprometem seriamente o acesso ao cuidado. Mesmo que adotem políticas e ações estratégicas para desenvolver a assistência de SM, alguns LMIC enfrentam dificuldades que incluem desde questões político-econômicas, como a falta de prioridade da SM na agenda política e na alocação orçamentária, que, no caso de países em desenvolvimento, gira em torno de 1% a 2% do orçamento da saúde, enquanto que, nos países desenvolvidos, é cerca de 4% (RAVIOLA; BECKER; FARMER, 2011).

Outras dificuldades incluem deficiências de infraestrutura, cobertura, disponibilidade e acesso aos sistemas de saúde locais, que às vezes não possuem serviços de SM; bem como escassez de recursos humanos associada à carência de profissionais especialistas em SM e à resistência dos clínicos generalistas a se envolverem no cuidado de SM (PATEL, 2007; PATEL et al., 2011a). Além disso, são muitos os desafios a serem enfrentados, tais como, a questão do estigma e dos direitos humanos nos casos de quem sofre com problemas mentais, e o desconhecimento sobre como dispensar tratamentos que alcancem resultados significativos (BECKER; KLEINMAN, 2013; PATEL et al., 2011a).

Embora os portadores de transtornos mentais graves sejam o maior alvo de estigma e de outros processos de segregação social, contata-se que pessoas com depressão também podem sofrer com a discriminação (ALONSO et al., 2009; BROUWERS et al., 2016; LASALVIA et al., 2013, 2015). A partir de estudo com 1082 pessoas com depressão em 35 países, Lasalvia et al. (2013) revelaram que a discriminação constitui uma barreira à participação social, dificultando a inserção profissional. Das 1082 pessoas, 79% relataram sentir discriminação em relação a pelo menos um domínio da vida; 405 (37%) se furtaram a iniciar um relacionamento pessoal mais íntimo, 271 (25%) esquivaram-se de se candidatar a algum trabalho, e 218 (20%) evitaram se inscrever em algum tipo de atividade educacional. Na verdade, o simples fato de não expressar que sente depressão já é uma barreira para buscar ajuda e receber tratamento eficaz.

Após as séries de artigos do *The Lancet* de 2007 e 2011, multiplicaram-se os esforços para estabelecer um elenco de prioridades e reivindicar a inclusão da SM na agenda global. Foi então que se formou a coalizão social *Movement for Global Mental Health*, que, em 2011, contava com 95 instituições e mais de 1.700 indivíduos, de mais de 100 países, com

representantes tanto do meio técnico-profissional, quanto da sociedade civil (PATEL et al., 2011a). Juntaram-se ao *Movement for Global Mental Health* outras iniciativas importantes, tais como, o projeto *Grand Challenges in Global Mental Health*, que propõe o desenvolvimento de pesquisas para a superação de grandes desafios na SM (COLLINS et al., 2011); a Plataforma Gulbenkian para a Saúde Mental Global<sup>4</sup>, uma iniciativa conjunta do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa com a colaboração técnica da OMS, e, ainda, o *Mental Health Innovation Network*<sup>5</sup>, uma comunidade virtual, que reúne desde políticos, autoridades, gestores, profissionais e pesquisadores até usuários e doadores de todo o mundo, e busca compartilhar recursos e ideias inovadoras para promover a SM e melhorar a vida das pessoas.

Além dessas, o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos Estados Unidos, por meio de editais de financiamento que fomentam a realização de pesquisas e a qualificação de pesquisadores (*capacity building*) em LMIC, vem incentivando a construção de uma rede denominada *Collaborative Hubs for International Research in Mental Health*<sup>6</sup> (Centros Colaborativos para Pesquisa Internacional em Saúde Mental, tradução nossa). A rede atua em vários países com o propósito de aumentar a capacidade de pesquisa no âmbito da criação de melhores estratégias para reduzir a lacuna de tratamento de transtornos mentais em ambientes com poucos recursos, e existe uma forte conexão entre todos os centros envolvidos: *Partnership for Mental Health Development in Sub-Saharan Africa - PAM-D* (Nigéria, África do Sul, Gana, Quênia e Libéria); *Africa Focus on Intervention Research for Mental Health - AFFIRM* (África Subsaariana); *South Asian Hub for Advocacy, Research & Education on Mental Health - SHARE* (Índia e Paquistão), e mais dois voltados para a América Latina, com centros de colaboração no Brasil. Um desses *hubs* de pesquisa chama-se *Latin America Treatment & Innovation Network in Mental Health - LATIN MH* (Rede Latino-Americana de Tratamento e Inovação em Saúde Mental, tradução nossa), e fica sediado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), sendo coordenado pelo professor Paulo Rossi Menezes. É direcionado ao estudo da interface entre as doenças crônicas e as comorbidades mentais, e coordena ações também na Colômbia, Equador, Guatemala e Peru. O outro *hub* com ramificação no Brasil é a *Regional Network for Mental Health Research in Latin America* — RedeAmerica (Rede Regional de Pesquisa em

---

<sup>4</sup> Plataforma Gulbenkian, disponível em: [www.gulbenkian.pt/section63artId4345langId1.html](http://www.gulbenkian.pt/section63artId4345langId1.html)

<sup>5</sup> Comunidade *Mental Health Innovation Network*, disponível em: <http://mhinnovation.net>.

<sup>6</sup> Collaborative Hubs for International Research in Mental Health, disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/organization/gmh/globalhubs/index.shtml>

Saúde Mental na América Latina, tradução nossa), cujo coordenador é o pesquisador Ezra Susser, da Universidade de Columbia. Engloba também Argentina, Chile, e Colômbia e concentra seus estudos nos portadores de transtornos mentais graves (NIMH, 2018; PILOWSKY et al., 2016).

Acompanhando o crescimento do campo global, surgem diversos atores. De acordo com Franco-Giraldo (2015 p. 1814), existe um “mosaico institucional” (*sic*) de centros de Saúde Global com diversas configurações. De fato, alguns são centros, outros são escolas, redes, fundações, organizações multilaterais, entidades sem fins lucrativos, consórcios, alianças, projetos, a maior parte de cunho acadêmico ou profissional e, eventualmente, de caráter governamental.

Por sua vez, a expansão das investigações em SM exige a formação de recursos humanos próprios. Com isso, algumas instituições vêm criando programas sobre Saúde Global e, muitas vezes, a partir dessa insígnia, a SMG vem se tornando parte do currículo acadêmico. Em certos casos, as universidades que oferecem cursos de Saúde Global conduzem projetos, eventos científicos e outras ações educacionais pontualmente associadas à SMG; em outros, chegam a instituir uma disciplina ou mesmo um programa acadêmico completo. Desse modo, sob diferentes arranjos institucionais, tais atividades acadêmico-científicas possibilitam a inserção e a abordagem do tema da SMG, e dedicam-se, em geral, ao avanço da pesquisa e do conhecimento sobre as disparidades de acesso à SM em todo o mundo, e especialmente nos LMIC.

Na Universidade de Columbia, nos Estados Unidos, por exemplo, a *Mailman Public Health School*, juntamente com o Departamento de Psiquiatria, conduz o programa de Saúde Global<sup>7</sup>, que envolve a atividade “Seminários de Saúde Mental Global”. Na *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, o programa de Saúde Mental Global está alocado no Departamento de Saúde Mental e propõe-se a fazer pesquisa e a oferecer serviços e desenvolver intervenções em mais de vinte países. Já no Reino Unido, tanto a Universidade de Glasgow<sup>8</sup>, quanto o *King's College London*<sup>9</sup>, em parceria com a *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, oferecem mestrado completo em SMG. No caso da universidade

---

<sup>7</sup> Universidade Columbia, Programa de Saúde Global, disponível em:  
<https://www.mailman.columbia.edu/research/global-health>

<sup>8</sup> Universidade de Glasgow, Mestrado em Saúde Mental Global, disponível em:  
<https://www.gla.ac.uk/postgraduate/taught/globalmentalhealth/>

<sup>9</sup> King's College London, Mestrado em Saúde Mental Global, disponível em:  
<https://www.kcl.ac.uk/study/postgraduate/taught-courses/global-mental-health-msc.aspx>



canadense *McGill*, o Programa de Saúde Mental Global<sup>10</sup>, coordenado pelo Departamento de Psiquiatria da Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, não é um curso de pós-graduação, mas se configura como um centro multidisciplinar em que graduandos, pós-graduandos, pesquisadores e até gestores e profissionais de saúde desenvolvem diversas ações de pesquisa e de treinamento, tendo como foco principal estudar a abordagem das ciências sociais na resposta aos problemas de SM.

### 1.2.2 A Organização Mundial de Saúde construindo a prioridade da saúde mental na agenda global

A OMS é um dos organismos mais proeminentes na arena global de saúde. Como uma das agências especializadas da ONU, instituição intergovernamental internacional, tem como missão elevar os padrões sanitários e de bem-estar da população mundial. Entre suas responsabilidades estão coordenar esforços internacionais para a prevenção, o controle e o tratamento de doenças; estabelecer normas sanitárias; prestar apoio técnico; vigiar as tendências e acompanhar os indicadores de saúde, sempre supervisionando o intercâmbio entre os países-membros no que diz respeito às informações epidemiológicas e realizando pesquisas em diversos campos da área de saúde (FORTES; PEDALINI, 2014). Na SMG, é inegável sua atuação como órgão promotor da noção de que é preciso aumentar expressivamente a escala da oferta de cuidados de SM, principalmente nos LMIC.

Uma das atividades da OMS é difundir políticas e diretrizes que, por sua vez, orientam as políticas, as diretrizes e a atuação dos ministérios e demais órgãos de saúde dos países, com a finalidade de auxiliá-los na condução de seus próprios sistemas nacionais de saúde. Ao longo dos anos, a agência tem, por exemplo, distribuído uma série de documentos que visam a fomentar a expansão do acesso ao tratamento dos transtornos mentais.

Se levarmos em consideração a importância do desempenho da OMS, mesmo com o relativo deslocamento da liderança intergovernamental para o Banco Mundial a partir do final dos anos 90 (BROWN; CUETO; FEE, 2006), uma análise documental de seus escritos possibilita acompanhar o surgimento das ideias que influenciaram a formação de certas

---

<sup>10</sup> Universidade McGill, Programa de Saúde Mental Global, disponível em: <https://www.mcgill.ca/gmh/>

normas e formas de se pensar em saúde, as quais vieram a se tornar concepções hegemônicas no campo global. Analisaremos, então, alguns daqueles emitidos a partir da década de 90, momento considerado um marco temporal na história humana porque coincide com o aceleramento da globalização.

O fenômeno contemporâneo da globalização é um processo que acarreta não só na integração de fronteiras geográficas, mas também em crescente intercâmbio de comunicação, capital, mercadorias e tecnologias, refletindo-se no tecido social e modificando a formação de conceitos e valores culturais. A mudança sociocultural influencia a experiência, a expressão, o curso e o desfecho de problemas de SM, logo, influencia também a busca de cuidado e a resposta à prevenção, ao tratamento, e à promoção de saúde. Sendo assim, a globalização interfere fortemente na área da saúde. Seja no âmbito político-institucional, repercutindo na organização, gestão e financiamento dos sistemas de saúde, seja no âmbito da clínica, uma vez que as mudanças simbólicas no universo cultural engendram novas formas de expressão de adoecimento da população. Esse processo de constante transformação social exige competência cultural do sistema de saúde e requer que as práticas de cuidado sejam permanentemente atualizadas, a fim de garantir que sejam culturalmente apropriadas, relevantes e efetivas (KIRMAYER, 2012a).

No próprio ano de 1990, foi emitido o documento técnico *“The Introduction of a Mental Health Component in Primary Care”* (Introduzindo um Componente de Saúde Mental na Atenção Primária, tradução nossa) (WHO, 1990), em cujo prefácio a OMS resume o trabalho que vinha realizando, desde a década de 1970, em prol da SM e da necessidade de incluí-la na APS:

Há muito tempo a OMS ressalta a necessidade de que o cuidado seja descentralizado e integrado na APS, com as tarefas sendo executadas, preferencialmente, por profissionais generalista, mais do que por especialistas de SM. Nos anos 70, o “Estudo Colaborativo da OMS sobre Estratégias para Ampliar o Cuidado de Saúde Mental”, realizado em sete países em desenvolvimento, estabeleceu o padrão para este processo. Fazendo uma revisão crítica deste trabalho e outros mais recentes, decidiu-se que seria útil definir os passos para introduzir um componente de SM na APS. Para fazê-lo a OMS reuniu uma série de especialistas no Centro de Colaboração da OMS para Pesquisa e Treinamento de Saúde Mental, em Groningen, Holanda, em dezembro de 1985. [...] Nos anos 80, a OMS trabalhou junto com os Estados-membros para introduzir o cuidado de SM em seus programas nacionais de saúde. E este documento apresenta uma matriz para ajudar no desenvolvimento deste trabalho (WHO, 1990, p. 5).

Em 1993, veio o grupo de publicações *“Essential Treatments in Psychiatry”* (WHO, 1993a) e *“Essential Drugs in Psychiatry”* (WHO, 1993b) (Tratamentos Essenciais em Psiquiatria e Drogas Essenciais em Psiquiatria, tradução nossa). Mais adiante veio o *“10 Principles for Mental Health Law”* (10 Princípios para a Lei da Saúde Mental, tradução

nossa) (WHO, 1996); seguido pelo guia “*Promoting Independence of People with Disabilities due to Mental Disorders: a Guide to Rehabilitation in Primary Health Care*” (Promovendo a Independência das Pessoas com Deficiência em decorrência de Transtornos Mentais: Guia para Reabilitação na Atenção Primária, tradução nossa) (WHO, 1997).

O ano de 1998 foi prolífico, contando com a impressão do livro “*Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorder*” (Prevenção primária de transtornos mentais, neurológicos e psicossociais, tradução nossa) (WHO, 1998a), o qual condensa informações retiradas de um grupo de documentos publicados anteriormente sob o mesmo título, como o fascículo de número 5 sobre o problema do *burnout* de profissionais e cuidadores denominado “*Guidelines for Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: staff burnout. fascicle 5*” (Guia para a prevenção primária de transtornos mentais, neurológicos e psicológicos: o *burnout* do *staff*. fascículo 5, tradução nossa) (WHO, 1994). Talvez esta tenha sido a primeira vez em que a OMS abordou o problema da exaustão de trabalhadores. Além do livro, aparece o programa educacional “*Mental disorders in primary care: a WHO education package*” (Transtornos mentais na atenção primária: um pacote educacional da OMS, tradução nossa) (WHO, 1998b), esse concebido como um pacote flexível de materiais educativos disponibilizados para o treinamento de prestadores de cuidados no nível da APS, e que podem ser adaptados para diferentes países e culturas.

A OMS abre o novo século apoiando a confecção de um documento que se sobressai por ter sido elaborado em conjunto com outra agência das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho. O documento sublinha a importância do direito ao trabalho decente e produtivo em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana, e, diante da magnitude da prevalência mundial dos transtornos mentais, aborda a importância da promoção de SM no ambiente de trabalho, além de defender a inclusão, na estrutura formal de emprego, de indivíduos com incapacidades decorrentes de problemas mentais (WHO; ILO, 2000).

No ano de 2001, aconteceu uma combinação especial de eventos, que mostrou esforços notáveis por parte da OMS para tornar a SM uma questão prioritária na agenda da saúde. A Assembleia Geral das Nações Unidas daquele ano lembrou o 10º aniversário dos direitos à proteção e ao cuidado dos portadores e ratificou a continuidade das iniciativas para assegurá-los. No mesmo fórum, os Estados-membros discutiram a SM sob seus diversos enfoques, isto é, médico, político e social, e apoiaram o lançamento de campanhas globais que abordassem o manejo da depressão e a prevenção do suicídio, da esquizofrenia e da epilepsia.

A coleção de informações geradas até aquele momento motivou a OMS a definir a SM como tema tanto para o Dia Mundial da Saúde, quanto para seu relatório anual. Assim, o Dia Mundial da Saúde de 2001 teve como *slogan* “*Stop exclusion, dare to care*” (Não à Exclusão, Ouse Cuidar, tradução nossa), ao passo que o relatório foi nomeado “*The World Health Report: 2001 – Mental health: new understanding, new hope*” (Relatório Mundial de Saúde de 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, tradução nossa) (WHO, 2001a).

Com este relatório, a OMS renovou a ênfase nos princípios estabelecidos pela ONU em relação à SM, ou seja: evitar a discriminação das pessoas com transtornos mentais e garantir a todos o direito de ser tratado e cuidado preferencialmente em sua própria comunidade e em ambiente menos restritivo, com o mínimo de tratamento invasivo. No intuito de trazer uma nova esperança àqueles que sofrem com problemas mentais, anunciou também a necessidade de reverter a negligência em torno da SM e de desenvolver um novo entendimento a respeito desse antigo problema por meio de uma combinação entre a ciência e a sensibilidade humana, o qual viesse a contribuir para a superação das barreiras que impedem o avanço dos cuidados de SM. Para tanto, sugeria que fosse conferida uma abordagem de saúde pública à SM (WHO, 2001a), como foi rapidamente mencionado na seção “*A constituição do campo da Saúde Mental Global*”.

Reconhecendo que a SM é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos e dos países, a OMS propunha olhar a SM pelo prisma da saúde pública, o que representava uma nova maneira de compreender os transtornos mentais diferente do entendimento existente até então, como exemplifica a afirmação a seguir da diretora geral da OMS:

Não pode haver dúvida: a SM deve receber atenção maior e renovada por parte da OMS. Isso significa reforçar a ênfase organizacional, o que estamos fazendo. Nossa contribuição tem que ir além do que os fundos da OMS podem comprar - é uma questão de como nós, como a agência líder em saúde, podemos ajudar a mobilizar recursos, atenção e novos conhecimentos para aconselhar melhor os governos sobre como adaptar e desenvolver suas políticas (BRUNDTLAND, 1999, apud WHO, 2002, p. 5).

Para construir tal proposta, a agência passou a utilizar dados epidemiológicos referentes à carga de doença dos problemas mentais e procurava alertar para seus custos humanos, sociais e econômicos. Analisava também a disponibilidade, a prestação e o planejamento de serviços, ao mesmo tempo em que procurava chamar a atenção para as barreiras do estigma, da discriminação e da insuficiência dos serviços que, desde então, impedem milhões de pessoas em todo o mundo de receber o tratamento de que necessitam e merecem. E ainda apresentava um elenco de dez recomendações para sanar a lacuna de

tratamento, que organizamos no Quadro 2, as quais até hoje constam no rol de ações sugeridas para abreviar a falta de cuidados de SM em diversos países do mundo (WHO, 2001a).

Quadro 2 - Dez recomendações para abordar a lacuna de tratamento, segundo o Relatório Mundial da Saúde de 2001.

1. Disponibilizar tratamento de saúde mental na atenção primária
2. Disponibilizar amplamente medicamentos psicotrópicos
3. Disponibilizar cuidados de saúde mental na comunidade
4. Educar o público a respeito de saúde mental
5. Envolver as comunidades, as famílias e os usuários
6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacional
7. Preparar recursos humanos
8. Estabelecer vínculos com outros setores
9. Monitorar a saúde mental na comunidade mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação
10. Incentivar e prover mais apoio à pesquisa

Fonte: WHO (2001a, tradução nossa).

No decorrer da década de 2000 e na seguinte, as publicações da OMS sobre SM multiplicaram-se, entre elas podemos citar o “*Mental Health Global Action Programme (mhGAP)*” (Programa de Ação Global em Saúde Mental – mhGAP tradução nossa), em sua versão “*Close the Gap, Dare to Care*” (Preencha a Lacuna, Ouse Cuidar, tradução nossa) (WHO, 2002) assim nomeada em continuidade à campanha de conscientização lançada em homenagem ao Dia Mundial da Saúde do ano anterior. Aparentemente, essa foi a versão inicial daquele que, seis anos depois, viria a se tornar o programa-chave da OMS, atualmente em vigor. O objetivo do mhGAP era apoiar os Estados-Membros no sentido de aumentar a sua capacidade de reduzir o risco, o estigma e a carga dos transtornos mentais e de promover a SM da população. Na ocasião, a OMS estabeleceu quatro estratégias de ação prioritárias, que até hoje servem como diretrizes, e cada uma delas envolvia um conjunto de ações, a saber:

- a) Estratégia de Informação: sistemas de informação dos Estados-Membros; informações baseadas em evidências; para profissionais de saúde; observatório internacional; banco de dados baseado na Internet;

- b) Estratégia de Desenvolvimento de Políticas e Serviços: Desenvolvimento de diretrizes; fóruns regionais, redes de consulta; redes nacionais de assistência técnica; treinamento internacional;
- c) Estratégia de Defesa (Advocacy) contra estigma e discriminação: educação e comunicação; proteção e promoção de direitos dos pacientes;
- d) Estratégia de Pesquisa com Capacidade Aprimorada: treinamento; patrocínio à pesquisa; networking.

Supostamente, tais estratégias eram interrelacionadas de modo que:

Informações relativas à magnitude, à carga, aos determinantes e ao tratamento dos transtornos mentais levaria a uma maior conscientização e à Defesa (advocacy) contra o estigma e a discriminação, que criaria as condições necessárias para a formulação e implementação de Políticas e Serviços integrados, o que, por sua vez, serviria para gerar mais Defesa (advocacy) e Informação para a melhor tomada de decisões. E a capacidade de Pesquisa dos países orientaria essa cadeia (who, 2002, p. 12).

Alinhados com as estratégias do Programa mhGAP, nos anos seguintes foram emitidos também os seguintes documentos: “*Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*” (Promovendo a Saúde Mental: conceitos, evidências emergentes, prática, tradução nossa) (WHO, 2004b); “*Mental health information systems*” (Sistemas de informação em Saúde Mental, tradução nossa) (WHO, 2005a); “*Inovative Mental Health Programs in Latin America and the Caribbean*” (Programas de Saúde Mental Inovadores na América Latina e no Caribe, tradução nossa) (PAHO, 2008), “*Investing in mental health: evidence for action*” (Investindo em saúde mental: evidências para a ação, tradução nossa) (WHO, 2013c).

Com o objetivo de reforçar a ênfase na expansão do cuidado de SM na APS que, como citado no item “*A constituição do campo da Saúde Mental Global*” havia sido disparada um ano antes com a série Lancet de 2007, a OMS preparou o “*Mental Health Gap Action Programme*” (Programa de Ação para a Lacuna de Saúde Mental, tradução nossa) (WHO, 2008a), iniciativa que se tornaria uma das mais importantes diretrizes mundiais de cuidado em SM.

O “*Mental Health Gap Action Programme*” tem como objetivo ampliar exponencialmente o acesso à SM, e apresenta um plano integrado para o manejo de condições de SM e neurológicas<sup>11</sup> consideradas prioritárias em LMIC, e que incluem a depressão, a psicose, o transtorno bipolar e a epilepsia. O programa utiliza dados epidemiológicos acerca dessas condições e conta com diretrizes baseadas em evidências, além de descrever os passos

---

<sup>11</sup> Embora problemas neurológicos, como a epilepsia, sejam de especialidade médica distinta da SM, pela semelhança da abordagem de tais condições na APS, a OMS os inclui no mhGAP Programme.

fundamentais para escalar (*scale up*) os serviços e intervenções, assim como para monitorá-los. Considerando a escassez de profissionais de saúde mental em LMIC, prioriza-se o foco no cuidado não especializado. Adicionalmente, adota-se o pressuposto de que o programa seja de responsabilidade conjunta dos governos, profissionais de saúde, sociedade civil, comunidades e famílias, com o apoio da comunidade internacional. Em outras palavras, depende diretamente da construção de parcerias para a ação coletiva (WHO, 2008a).

Cerca de dois anos depois do lançamento, começaram a surgir desdobramentos do “*Mental Health Gap Action Programme*” com um conjunto de materiais instrucionais contendo orientações para sua multiplicação nos diversos países. Primeiramente, foi divulgado, em vários idiomas, inclusive português, o “Guia mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados (mhGAP-GI)” (WHO, 2010a). Para acelerar o acesso a este material, pouco depois surgiu a sua versão online (WHO, 2014a). Em prosseguimento, foi adicionado o módulo “*mhGAP module Assessment Management of Conditions Specifically Related to Stress*” (Módulo mhGAP para Administração da Avaliação de Condições Especificamente Relacionadas ao Estresse, tradução nossa) (WHO; UNHCR, 2013).

Mais adiante, veio a segunda versão do “Guia de Intervenção do mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias no nível de saúde não especializado (mhGAP-GI 2.0)” (WHO, 2016a), uma atualização da primeira edição (WHO, 2010a), elaborada com base em novas evidências e na avaliação de especialistas de todas as regiões da OMS que usaram a versão anterior do mhGAP-GI. Enquanto a edição original destinava-se apenas aos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, a nova edição serve também para guiar os gestores de saúde, pois introduz o gerenciamento integrado dos problemas prioritários por meio de algoritmos para a tomada de decisões clínicas. Traz, ainda, dois novos módulos “*Essential Care and Practice*” (Cuidado Essencial e Prática, tradução nossa), que incluem diretrizes gerais sobre a infraestrutura e os recursos necessários para a implementação das intervenções propostas.

Como forma de auxiliar na implementação do “Guia de Intervenção do mhGAP 2.0” foram também desenvolvidos manuais para o treinamento de instrutores, supervisores e provedores de saúde. São documentos destinados à capacitação de profissionais de saúde não especializados na avaliação e gestão de pessoas com condições prioritárias, em ambientes com poucos recursos. Assim, ainda como parte do “*Mental Health Gap Action Programme*”, seu último desdobramento foi a produção dos “*mhGAP Training Manuals - for the mhGAP*

*Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0*” (Manuais de Treinamento mhGAP para o Guia mhGAP de intervenção [...] 2.0, tradução nossa) (WHO, 2017a).

A diretriz central que o programa difunde é que a maioria dos problemas mentais, neurológicos e de uso de substâncias, que resultam em alta morbidade e mortalidade, pode ser manejada por profissionais de saúde não especializados, desde que, para isso, a APS seja devidamente capacitada. O objetivo dos materiais é, portanto, qualificar, por meio de treinamento, apoio e supervisão, os profissionais de saúde e aqueles da gestão para que se tornem capazes de oferecer um pacote integrado de cuidados que, em última instância, possa ampliar o acesso à SM.

Em 2013, a pedido dos Estados-membro da ONU, e com o propósito de elevar ainda mais o patamar da SM na agenda global, a OMS publicou o “*Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*” (Plano de Ação Integral da Saúde Mental 2013–2020, tradução nossa) (WHO, 2013a), cuja explicação será fornecida na próxima seção.

Mais recentemente, a OMS emitiu dois documentos técnicos com diretrizes para o escalonamento do acesso ao cuidado psicológico especialmente em contextos humanitários. Um deles, o “*Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity: WHO generic field-trial version 1.0*” (Gerenciamento de problemas mais (PM +): ajuda psicológica individual para adultos afetados por sofrimento em comunidades expostas à adversidade: versão piloto 1.0 da OMS, tradução nossa) (WHO, 2016b), consiste num programa de intervenção psicológica breve e de baixa intensidade, cujas principais características são: dispor de cinco sessões individuais; empregar estratégias baseadas em evidências de terapia de solução de problemas, de ativação comportamental, de fortalecimento do apoio social e de controle do estresse; ser ministrado por paraprofissionais não especialistas em SM; ter cunho transdiagnóstico, ou seja, uma única abordagem para os diferentes problemas de SM que mais frequentemente acometem pessoas em situação de adversidade na comunidade. O outro documento é o “*Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO*” (Intervenções psicológicas escalonáveis para pessoas em comunidades afetadas pela adversidade: uma nova área de saúde mental e trabalho psicossocial na OMS, tradução nossa) (WHO, 2017b).

É preciso citar ainda o empenho da agência em produzir, com certa regularidade, o Atlas da Saúde Mental (WHO, 2001b, 2005b, 2011a, 2015), incluindo uma edição regional especializada para as Américas (PAHO, 2016), o que cria um rico acervo, periodicamente



atualizado, sobre a situação de diferentes aspectos da SM nos países arrolados. Dentre as informações reunidas nesses Atlas estão, por exemplo, a política e a legislação de SM, os dados epidemiológicos dos transtornos mentais e dos serviços de saúde, as ações integradas na APS, os dispositivos de apoio psicossocial, o perfil e a capacitação da força de trabalho, a conexão com os recursos comunitários, os serviços públicos e outros pontos de assistência públicos ou privados, etc. A construção desse acervo informacional permite subsidiar o processo de tomada de decisões, e gerar melhor direcionamento das ações e uso mais racional dos recursos disponíveis. Sendo assim, sua última edição é considerada um expediente fundamental para se perseguirem as metas estabelecidas no “Plano de Ação Integral da Saúde Mental 2013-2020” (WHO, 2013a).

Por último, não se pode deixar de mencionar que a constituição do campo da SMG é intrinsecamente atravessada por outros assuntos intergovernamentais, debatidos em paralelo às discussões da SMG, em que a OMS também atua com proeminência. Logo, além de ser uma autoridade na defesa da SM, a OMS simultaneamente desempenha um papel crítico em *advocacy* e na produção de diretrizes referentes à APS e aos DSS. Ao mesmo tempo em que tais debates caminham paralelamente à SMG, são também constitutivos deste campo.

Como explicado no item “*A Atenção Primária como o nível assistencial mais adequado para o cuidado do sofrimento emocional*”, desde o fim da década de 70, quando organizou a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, a OMS incentiva a instituição da APS como modelo de organização dos sistemas de saúde pelo mundo afora e o fortalecimento de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde (WHO; UNICEF, 1979). Naquela época já havia a expectativa, lançada pelo Programa “Saúde para Todos no Ano 2000” (WHO, 1981), 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.

Reconhecendo que, desde Alma-Ata, a implantação da APS ocorrera de forma irregular na maior parte dos países, trinta anos depois, a OMS publica o relatório intitulado “Atenção Primária à Saúde: agora mais que do nunca” (WHO, 2008b), em que a importância de revigorá-la era veementemente difundida. Considerando que o avanço da globalização coloca a coesão social sob estresse e que os sistemas de saúde, enquanto constituintes essenciais da arquitetura das sociedades contemporâneas, não atuavam tão bem como deveriam, a agência propõe uma agenda para a renovação da APS nos sistemas de saúde.

Buscando retomar os princípios éticos articuladores do movimento da APS das décadas anteriores, os quais eram baseados nos valores da equidade, da orientação para as

pessoas, da participação comunitária e da auto-determinação, a OMS sugere quatro eixos de reformas:

- a) reforma da cobertura universal – para diminuir a exclusão e promover a equidade em saúde, a justiça social;
- b) reforma da prestação de serviços – para direcionar os sistemas de saúde às necessidades e expectativas das pessoas e torná-los socialmente mais relevantes;
- c) reforma da liderança (ou da governança) – para tornar mais confiáveis as autoridades de saúde;
- d) reforma das políticas públicas – para promover e proteger a saúde das comunidades por meio da integração das ações de saúde pública na APS.

Se antes os valores almejados para a saúde eram considerados convicções radicais de certos grupos, com o passar do tempo tornaram-se expectativas sociais amplamente compartilhadas, as quais, cada vez mais, impregnam sociedades em várias partes do mundo, ainda que a linguagem para expressá-las seja diferente daquela usada em Alma-Ata (WHO, 2008b). Dessa forma, a impregnação dessas ideias amplia o escopo da discussão do nível técnico para o âmbito político, como mostra este trecho:

A evolução de princípios éticos formais para expectativas sociais generalizadas [...] altera o debate de uma discussão meramente a respeito de técnica sobre a eficiência relativa das várias formas de “tratar” problemas de saúde, para a inclusão de considerações políticas nos objetivos sociais que definem a direção a dar aos sistemas de saúde (WHO, 2008, p. 20).

No que se refere à aproximação da APS com a SM, entre Alma-Ata e o Relatório Mundial de Saúde de 2008, o documento técnico “*The Introduction of a Mental Health Component in Primary Care*” (WHO, 1990) trazia o prenúncio de uma diretriz que seria disseminada daí por diante, e que atingiu notoriedade entre técnicos e acadêmicos com o relatório concebido em parceria com a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA). Denominado “Integração da Saúde Mental nos Cuidados Primários: uma perspectiva global” (WHO; WONCA, 2008), e publicado em vários idiomas, inclusive português, esse relatório viria a se tornar uma das mais importantes fontes de orientação para a inclusão do cuidado de SM na APS.

A outra esfera de atuação da OMS que atravessa a SMG é a conscientização dos DSS, discussão permeada pela aspiração de justiça social, bem como pela perspectiva de se alcançar a igualdade na saúde. Tendo em vista as crescentes desigualdades socioeconômicas pelo mundo a fora, o tema da justiça social emerge como um discurso de contraponto às enormes disparidades existentes. A justiça social influencia a forma como a população vive e,

consequentemente, a probabilidade de doença e o risco de morte prematura. Dependendo de onde uma pessoa nasce no mundo hoje, sua expectativa de vida variará em função das condições sociais em que vive. Existem diferenças dramáticas não só entre países ricos e pobres, mas também, dentro de um mesmo país, entre grupos populacionais mais privilegiados e aqueles mais vulneráveis. É notável que a saúde e a doença correspondam à posição socioeconômica, isto é quanto mais baixa esta for, pior é o estado de saúde. As desigualdades na saúde estão diretamente associadas às circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como aos sistemas de saúde disponíveis e à oferta de cuidados em resposta ao adoecimento da população. Tais circunstâncias, certamente, decorrem de forças de ordem política, social e econômica, e, por isso, cresce o entendimento de que o grau de desenvolvimento de uma nação pode ser avaliado pela justiça social em termos da distribuição equitativa dos recursos, o que, por sua vez, se reflete no grau de saúde de sua população (WHO, 2010b, 2011b).

Num desdobramento recente, a OMS, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, emitiu a publicação “*Social Determinants of Mental Health*” (Determinantes Sociais da Saúde Mental, tradução nossa) (WHO, 2014b), que integra uma série de quatro documentos, cujas temáticas estão alinhadas com os objetivos do “Plano de Ação Integral da Saúde Mental 2013-2020” (WHO, 2013a). Os objetivos principais deste número foram realçar o conhecimento sobre a dinâmica de forças que, ao interagir entre si, moldam níveis individuais e coletivos de SM e bem-estar, além de estabelecer ações para promover e proteger a boa SM.

Como destaque conceitual, este trabalho inclui a abordagem do “curso de vida” para avaliar os determinantes sociais da saúde mental, noção que demonstra como as exposições ao risco nas fases formativas da vida podem afetar o bem-estar mental ou predispor ao surgimento de transtornos mentais anos mais tarde no curso da vida. Uma vez que os fatores de risco e de proteção da SM atuam em várias dimensões diferentes – individual, familiar, comunitária, populacional e estrutural – é preciso que as respostas sejam multidimensionais e intersetoriais. Considerar que os fatores de risco para os TMC estão fortemente associados às desigualdades sociais, é reconhecer que, quanto maior a disparidade, mais elevada é a desigualdade em risco. Entretanto, a abordagem aos DSS não deve ser direcionada apenas para aqueles grupos desprivilegiados ou em situação de vulnerabilidade. Afinal, ações especificamente focalizadas sobre um determinado grupo ainda o mantêm isolado do todo, o que não concorre para reduzir o espectro da desigualdade entre os grupos populacionais. A abordagem aos DSS deve ocorrer dentro de uma sistemática universal

proporcional, na qual as políticas sejam universais, mas, ao mesmo tempo, ofereçam respostas proporcionais e de acordo com as necessidades e a situação de desvantagem em que cada grupo se encontra. Assim, os setores de saúde, educação, bem-estar, transporte e moradia devem ser parte integrante de uma política onde a "saúde espraia-se em todas as políticas" (WHO, 2014b).

A ampla divulgação pela OMS desse arsenal de informações, certamente elaborado com a participação de um grupo de acadêmicos, pesquisadores, universidades e outras instituições do campo, contribuiu para aumentar a conscientização sobre a natureza e o escopo dos problemas mentais; disseminar conhecimentos, evidências e ciências relacionadas à prevenção e ao cuidado de SM; e gerar vontade política de nações para promover a ações de SM em nível nacional em seus países. Ainda que possam haver críticas, a atuação da OMS para transformar conhecimento em realidade demonstra-se um instrumental fundamental tanto na mobilização de interesse público e governamental, quanto na geração de compromisso para a ação global em prol de promover a SM para todos, sobretudo por meio do cuidado na APS.

### 1.2.3 A Organização Mundial de Saúde elevando a prioridade da saúde mental na agenda global

Em maio de 2012, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução sobre a carga global dos transtornos mentais, e ratificou a necessidade de haver uma resposta nacional abrangente e coordenada pelos setores sociais e de saúde dos países integrantes. Para orientar esse processo, solicitou à OMS que fosse elaborado um plano abrangente, que veio a ser anunciado sob o seguinte título: “Plano de Ação Integral da Saúde Mental 2013-2020” (WHO, 2013a).

Emitido pela OMS com o propósito de elevar o patamar de prioridade da SM na agenda global nos oito anos seguintes a sua divulgação, o Plano foi definido a partir de um processo de planejamento participativo com consulta aos Estados-membro e a outras instituições-chave. Segue os princípios da cobertura universal de saúde, dos direitos humanos, das práticas baseadas em evidências, da consideração do curso de vida, da integração dos serviços, e do fortalecimento (*empowerment*) dos pacientes e, além disso, destaca a importância de se considerar a justiça social e a dignidade humana em todas as ações voltadas para as pessoas com algum tipo de sofrimento mental. São quatro os seus objetivos principais:

1) fortalecer a liderança e a governança em SM; 2) fornecer atenção integral e serviços integrados de SM baseados na comunidade; 3) implementar estratégias para a promoção e a prevenção em SM; 4) fortalecer os sistemas de informação, as evidências e as pesquisas em SM (WHO, 2013a).

A concepção do “Plano de Ação Integral” está enraizada no lema central da SMG “não há saúde sem saúde mental” e alinha-se com outras diretrizes anteriores elaboradas pela própria OMS: a estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool, o plano global de ação para a saúde dos trabalhadores 2008-2017, a estratégia global de prevenção e controle de doenças não transmissíveis nas versões de 2008-2013 e 2013-2020. Além disso, evidentemente, não duplica, mas fortalece o programa de ação sobre as lacunas na saúde mental da OMS (mhGAP), e apresenta ainda sinergia com planos e programas das demais agências da ONU, ou seja, com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), e com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), dentre outros organismos intergovernamentais (WHO, 2013a).

Foi a primeira ocasião em que os 194 Estados-membro da OMS reconheceram formalmente a importância da SM e se comprometeram a realizar as ações necessárias para melhorá-la e atingir as metas globais acordadas. Dessa forma, o “Plano de Ação Integral” representa “um testemunho das mudanças que ocorreram ao longo dos últimos anos no modo de pensar a SM; aspectos antes periféricos agora são vistos como centrais para fornecer uma resposta eficaz aos problemas de SM” (SAXENA; FUNK; CHISHOLM, 2013, p. 1970, tradução nossa).

Para garantir uma resposta abrangente às questões de SM, o Plano reforça a proteção e a promoção dos direitos humanos, bem como o papel dos cuidados na comunidade. Em linhas gerais, afasta-se de um modelo totalmente médico e passa a envolver ações de geração de renda, serviços de educação e habitação, além de abordar outros determinantes sociais da SM. Também destaca a importância das ações para a promoção da SM e a prevenção dos transtornos mentais, e para fortalecer e capacitar (*empower*) a sociedade civil, em especial os grupos organizados por pessoas que sofrem de transtornos mentais e debilidades psicossociais, para que elas possam ter um papel ativo nos debates políticos e nos processos de tomada de decisão (SAXENA; FUNK; CHISHOLM, 2013).

Em 2010, portanto cerca de três anos antes da publicação do “Plano de Ação Integral”, a OMS, juntamente com a ONU, havia emitido um documento inovador nomeado “*Policy*

*Analysis on Mental Health and Development: Integrating Mental Health into All Development Efforts including Millenium Development Goals*” (Análise Política sobre SM e Desenvolvimento: integrando a SM em todos os esforços de desenvolvimento, inclusive nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, tradução nossa), cujo objetivo era reverter a exclusão da SM das diretrizes da ONU pós-2015 e apoiar a sua inclusão em tal agenda (IZUTSU et al., 2015).

A inclusão da SM nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela ONU acabou ocorrendo apenas em 2015, uma conquista após décadas de esforços globais e permanentes por parte de muitos atores interessados, a qual uniu os Estados-membro e sistemas da ONU, organizações não-governamentais, a Academia, as organizações de e para pessoas com deficiências e outros (IZUTSU et al., 2015).

Os ODS foram definidos para dar continuidade a seus antecessores, isto é, aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que, sancionados por quase duzentos países na Cúpula do Milênio da ONU, em setembro de 2000, significaram um marco histórico de mobilização global em prol de prioridades sociais no mundo todo, e retrataram a preocupação pública generalizada em relação à pobreza, à fome, à doença, à escolaridade deficiente, à desigualdade de gênero e à degradação ambiental. Agrupando todas essas prioridades em oito objetivos com metas mensuráveis e programadas de fácil compreensão, os ODM promoveram a conscientização global, a responsabilidade política, a criação e o aprimoramento dos indicadores, a participação social e a pressão pública, e passaram a representar uma plataforma de defesa contra a pobreza (SACHS, 2012).

Entretanto, apesar de sua importância, os ODM não mencionavam a SM em nenhum de seus objetivos, metas ou indicadores, embora, por outro lado, já estivesse começando a vigorar o entendimento de que: “os ODS não podem ser alcançados sem a inclusão da SM como uma prioridade global” (IZUTSU et al., 2015, p. 1052, tradução nossa), o que incitou os defensores da SM a pleitearem tal inclusão. Finalmente, em setembro de 2015, consagrou-se a incorporação dos temas SM, bem-estar e deficiência entre as diretrizes globais da ONU, que passou a vigorar tanto na “Convenção Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015–30”, quanto na “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os ODS” (idem).

Segundo Izutsu et al. (2015, p. 1052, tradução nossa), a visão da “Agenda 2030” é a de: “um mundo com acesso universal e equitativo à educação de qualidade em todos os níveis, aos cuidados de saúde e à proteção social, e no qual o bem-estar mental e social seja assegurado”. Dentro do Objetivo 3 (“garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”), a meta 3.4 é “reduzir em um terço a mortalidade prematura por

doenças não transmissíveis por meio da prevenção, tratamento e promoção da SM e do bem-estar”, enquanto que a meta 3.5 é “fortalecer a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, inclusive o abuso de narcóticos e o uso nocivo de álcool”. Além disso, os Objetivos 4, 8, 10 e 11 fazem referência específica à inclusão de pessoas com deficiências mentais, intelectuais e psicossociais, fator essencial para a proteção e a promoção dos direitos daqueles que geralmente ficam no ostracismo. Por se tratar de uma questão transversal, a SM contribui para o atingimento de indicadores-chave de sustentabilidade, igualdade, inclusão e resiliência; portanto, adotar perspectivas que considerem o bem-estar mental e a deficiência também é importante no âmbito da paz e da segurança mundial (IZUTSU et al., 2015).

Alcançar os ODS requer esforços globais, regionais e nacionais, tanto por parte dos países desenvolvidos, quanto por parte daqueles em desenvolvimento, os quais deverão reportar para a comunidade internacional a situação das políticas, sistemas e programas executados em seu território. Atualmente, os representantes de muitas nações já se comprometeram a incorporar os ODS em suas estratégias nacionais de desenvolvimento (IZUTSU et al., 2015). Ainda assim, incluir a SM na Agenda 2030 não é suficiente e faz-se necessário estabelecer indicadores e mecanismos de financiamento; a implementação da “Agenda de Ação de Addis Abeba para o Financiamento do Desenvolvimento” é, por conseguinte, um requisito essencial. Embora a SM sempre tenha feito parte da definição de saúde da OMS, a “Agenda 2030” e os ODS têm potencial para, finalmente, transformar essa definição numa prática de desenvolvimento (IZUTSU et al., 2015).

Os ODS estabelecidos pela ONU são consonantes com as diretrizes do “Plano de Ação Integral de Saúde Mental” da OMS, que é a referência técnica de maior influência na política global no que se refere à abordagem das vultosas lacunas de tratamento e das graves violações de direitos humanos sofridas por muitas das pessoas com problemas e deficiências mentais, conforme demonstra o Quadro 3. Entretanto, na avaliação de Cratsley e Mackey, além de os ODS listarem apenas um único item referente à SM, há uma nítida discrepância no modo como a SM é priorizada pela ONU e pela OMS, e essa falta de coerência entre as políticas das duas instituições concorre para o sub-financiamento da SM, uma vez que, em última instância, são as metas de desenvolvimento estabelecidas pela ONU que os países consideram quando realizam seu planejamento com o respectivo orçamento (CRATSLEY; MACKAY, 2018).

Quadro 3 - Políticas de Saúde Global específicas para a Saúde Mental

<b>Plano de Ação Integral da Saúde Mental para 2013–2020 (WHO 2013)</b>
<p>Objetivo 1: Fortalecer a liderança e a governança eficazes para a saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 1.1: 80% dos países desenvolverão ou atualizarão políticas / planos de saúde mental</li> <li>• Meta 1.2: 50% dos países desenvolverão ou atualizarão leis para a saúde mental</li> </ul>
<p>Objetivo 2: Fornecer serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 2: Aumentar a cobertura de serviços para transtornos mentais em 20%</li> </ul>
<p>Objetivo 3: Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 3.1: 80% dos países terão pelo menos dois programas nacionais de promoção e prevenção</li> <li>• Meta 3.2: Reduzir a taxa de suicídio em 10%</li> </ul>
<p>Objetivo 4: Fortalecer os sistemas de informação, as evidências e a pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 4: 80% dos países coletarão e relatarão rotineiramente indicadores de saúde mental a cada dois anos</li> </ul>
<b>Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015)</b>
<p>Meta 3: Garantir vidas saudáveis e promover bem-estar para todos, em todas as idades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 3.4: Reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.4.2: Taxa de mortalidade por suicídio</li> </ul> </li> </ul>

Fonte: Cratsley e Mackey (2018, p. 2, tradução nossa).

#### 1.2.4 As pesquisas no campo da Saúde Mental Global

As investigações no campo da SMG vêm se diversificando e intensificando. Parecem acompanhar ondas de interesse científico, cujo enfoque muda com os acontecimentos históricos, com a disponibilidade e a qualificação do corpo de pesquisadores, com os incentivos financeiros disponíveis, com a quantidade de estudos publicados, além das próprias experiências que vão sendo acumuladas e do nível de conhecimento atingido. Na maior parte das vezes, as pesquisas são realizadas em LMIC por acadêmicos de países desenvolvidos, eventualmente, com a participação de acadêmicos ou profissionais de saúde locais. Em função disso, os projetos são robustos e reúnem um grande número de universidades, pesquisadores e profissionais de saúde de várias partes do mundo.



É impossível não mencionar rapidamente que, durante essa revisão, esbarramos como um volume expressivo de publicações cuja argumentação apresenta consonância com a preocupação central da SMG. Embora não tenhamos pretendido arrolar a totalidade das pesquisas identificadas, elencamos alguns tópicos de interesse do campo, a título de fornecer um panorama do que vem sendo estudado, sobretudo em relação aos TMC.

Considerando a escassez de evidências existentes sobre os tratamentos de SM, desde meados dos anos 2000, ou seja, desde o período da constituição da SMG, o funcionamento das abordagens terapêuticas atrai muitas investigações, conforme havíamos observado ao descrever uma série de intervenções psicossociais para TMC (MENEZES, 2012), mesmo que no momento de nosso estudo anterior ainda não tivéssemos conhecimento de que muitas das pesquisas então analisadas estavam alinhadas com a disciplina da SMG.

Como dizíamos, por volta dos anos 2000, começaram a ser desenvolvidas muitas pesquisas-intervenção com a finalidade de testar diversos componentes e de avaliar quais seriam os tratamentos mais adequados, efetivos e eficazes para ampliar o cuidado dos TMC. Algumas delas buscavam examinar os efeitos de diferentes modalidades terapêuticas, tais como, dentre outras, a terapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia de resolução de problemas (BASS et al., 2006; BOLTON et al., 2003; CHATTERJEE et al., 2008; CHIBANDA et al., 2011; PATEL et al., 2010, 2011b). Além disso, tendo em vista a falta generalizada de profissionais de SM na maior parte dos países, outras delas estudavam o impacto do modelo de *task-shifting ou task-sharing* (delegação de tarefas, tradução nossa), modelo em que práticas assistenciais são delegadas para profissionais leigos em SM (ou mesmo leigos em saúde) os quais, após receberem treinamento básico, passam a exercer o cuidado da população sob a supervisão de especialistas (MENEZES, 2012).

Bolton et al. (2003), por exemplo, lideraram o primeiro ensaio clínico randomizado formalmente realizado num país de baixa renda, o qual comparou a efetividade de um tratamento que incluiu terapia interpessoal conduzida por trabalhadores leigos em SM com a obtida no tratamento usualmente oferecido aos habitantes da área rural de Uganda. Posteriormente, a fim de avaliar a eficácia dessa intervenção no longo prazo, Judith Bass et al. (2006) mensuraram seus resultados após o intervalo de seis meses (MENEZES, 2012).

A experiência em Uganda inspirou outros experimentos, como o “Projeto MANAS” (CHATTERJEE et al., 2008; PATEL et al., 2010), realizado na Índia que:

[...] 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 ser conduzida por conselheiros de saúde leigos (MENEZES, 2012, p. 94).

Além dos desfechos do componente do *task-shifting*, isto é, do desempenho de mão de obra leiga em SM, essa intervenção analisou também o componente de cuidados colaborativos escalonados (*collaborative stepped care*), e ainda comparou os achados de instituições públicas e particulares. Um ano depois, Patel et al. (2011) avaliaram se os resultados permaneciam os mesmos ao longo do tempo (MENEZES, 2012). E, mais adiante, os resultados qualitativos do projeto também foram descritos (SHINDE et al., 2013).

A experiência piloto de Chibanda et al. (2011), conhecida como "Bancos da Amizade", é outro exemplo. Realizada no Zimbábue para cuidados primários de depressão e TMC em uma população com alta prevalência de HIV, o experimento testou uma intervenção de baixo custo, que utilizou uma versão de terapia de solução de problemas localmente adaptada e conduzida por uma equipe de trabalhadoras leigas treinadas e supervisionadas, a fim de avaliar se esse modelo terapêutico seria exequível e eficaz a ponto de ser implementado numa escala maior (MENEZES, 2012).

Na busca de produzir indícios quanto à viabilidade de intervenções que visem a expandir o acesso aos cuidados de SM e reduzir a lacuna de tratamento, outro grande estudo foi iniciado em 2011. Investigando vários países (Etiópia, Índia, Nepal, África do Sul, e Uganda), o "*Programme for Improving Mental Health Care*" (PRIME, "Programa para Melhorar os Cuidados de Saúde Mental", tradução nossa) procurou gerar evidências referentes à implementação em grande escala (*scale up*) de pacotes de cuidados para os transtornos mentais considerados prioritários em ambientes de APS e de atenção materna (LUND, 2018; LUND et al., 2012).

A prevalência dos TMC é outro tópico de interesse que perdura no tempo, em virtude da necessidade de se conhecer a epidemiologia dessas condições a fim de subsidiar o planejamento dos serviços e das ações de SM em diversas localidades (CÍA et al., 2018; FISHER et al., 2012; GONÇALVES et al., 2014; MOFFITT et al., 2010; STEEL et al., 2014; VIANA et al., 2009).

Mudando ligeiramente o foco do funcionamento das intervenções para o funcionamento dos sistemas de saúde, surgem outras pesquisas como, por exemplo, o programa internacional denominado "*Emerging mental health systems in LMIC*" (EMERALD, Sistemas de saúde mental emergentes em LMIC, tradução nossa). Com duração de 2012 a 2017, o programa propôs-se a acumular evidências que viessem a potencializar o desempenho dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, melhorassem a qualidade dos

cuidados de SM nos países estudados. Buscando identificar as barreiras-chave para a integração da SM na APS, concluiu que a disponibilidade de políticas públicas e de uma legislação de SM atualizada são elementos imprescindíveis para que ocorra o fortalecimento dessa integração (MUGISHA et al., 2017; SEMRAU et al., 2015).

A partir da recente emissão do programa “Gerenciamento de Problemas Mais PM+” (WHO, 2016b, 2017b), proliferam estudos sobre o desenvolvimento de evidências a respeito de terapias psicológicas de baixa intensidade que possam embasar a expansão em grande escala de cuidados transdiagnósticos para os problemas de SM mais comuns (BOCKTING et al., 2016; DAWSON et al., 2015). A implantação desse programa vem sendo acompanhada no Paquistão (HAMDANI et al., 2017; RAHMAN et al., 2016; SIJBRANDIJ et al., 2015), onde são desenvolvidos alguns estudos com foco em gênero e intervenções voltadas especificamente para as mulheres (CHIUMENTO et al., 2017b; KHAN et al., 2017). Da mesma forma, no Quênia, o programa também vem se concentrando nas mulheres (BRYANT et al., 2017; SIJBRANDIJ et al., 2016).

Essa nova leva de estudos objetiva entender a eficácia e a efetividade das intervenções psicológicas e, para isso, tenta identificar os elementos-chave – aqueles comuns a quaisquer terapias, bem como os específicos de certas modalidades terapêuticas – indispensáveis para se alcançar efeitos positivos na SM. Os pesquisadores acreditam que será possível, assim, definir a melhor sequência, associação e dosagem de procedimentos das “terapias da fala” (*talking therapies*), a ponto de estabelecer um esquema conceitual para se disponibilizar tratamentos psicológicos em grande escala. Combinando diferentes elementos de diferentes formas, será possível criar protocolos com diretrizes de cuidado passíveis de serem usados por profissionais não especialistas em SM, sobretudo em países LMIC e em outros cenários de baixos recursos onde os psicólogos são escassos. Além disso, as evidências permitirão estabelecer métodos para implantar e sustentar a prática regular de tais intervenções nos serviços de saúde (MICHELSON; PATEL, 2017; SINGLA et al., 2017).

Na mesma perspectiva, Michelson e Patel (2017) mencionam dois projetos: o “*Program for Effective Mental Health Interventions in Under Resourced Health Systems*”<sup>12</sup> (PREMIUM, Programa Eficaz para Intervenções de Saúde Mental em Sistemas de Saúde com Parcos Recursos, tradução nossa) que, recentemente concluído, traçou uma sistemática de tratamento psicológico conduzido por trabalhadores de saúde leigos em SM (modelo de *task-shifting*) para o cuidado de adultos com depressão e transtornos de uso de álcool. O outro

---

<sup>12</sup> Site do projeto PREMIUM: <http://www.sangath.in/premium/>

projeto que vem sucedendo o PREMIUM e está atualmente em andamento é o PRIDE, sigla que vem de “*PREMIUM for Adolescents*” ou (Programa PREMIUM para adolescentes, tradução nossa), cujos objetivos são desenvolver uma intervenção transdiagnóstica com foco nos TMC em adolescentes que frequentam a escola na Índia e avaliar a sua eficácia na redução da gravidade dos sintomas e em melhorar as taxas de recuperação. A intenção desse projeto é observar mecanismos específicos e fatores contextuais associados ao surgimento e à manutenção de problemas emocionais e comportamentais, ao mesmo tempo em que garante um serviço eficiente e rentável através de uma combinação de ações de auto-ajuda mediadas por tecnologia e contatos face a face com conselheiros escolares.

As investigações sobre os TMC vêm se diversificando e abrangendo diferentes focos. Um deles é a presença de TMC em linhas de cuidado ou em fases do curso da vida: na infância e adolescência (KIELING et al., 2011; N. MUTISO et al., 2017); em idosos (DIAS et al., 2017); na SM materno-infantil e/ou na fase pós-parto (ATIF; LOVELL; RAHMAN, 2015; FISHER et al., 2011; PATEL; KIRKWOOD, 2008; RAHMAN et al., 2013; ROJAS et al., 2007; SURKAN et al., 2011). Outro foco de pesquisa é a comorbidade de TMC e outras doenças físicas, como o câncer (NAKASH et al., 2014), além da associação de TMC com a insegurança alimentar e a qualidade de vida (JONES, 2017; TESFAYE et al., 2016). Surgem também pesquisas sobre o SE associado a problemas de saúde complexos como, por exemplo, a mutilação genital feminina, que envolvem questões biológicas, noção de gênero e tradições culturais milenares, e afetam profundamente a SM de mulheres (DOUCET; PALLITTO; GROLEAU, 2017).

O aumento de grandes movimentos migratórios ao redor o planeta, principalmente na última década, tem gerado estudos sobre o SE e outros aspectos de SM de populações imigrantes, refugiadas e/ou asiladas (CLEVELAND et al., 2018; NOSÈ et al., 2018; SIJBRANDIJ et al., 2017; TURRINI et al., 2017), assim como de pessoas que sofreram trauma e/ou tortura (PATEL; KELLEZI; WILLIAMS, 2014).

Assim como já havíamos identificado um grande interesse em avaliar intervenções mediadas por tecnologias (MENEZES, 2012), a testagem de plataformas online, dispositivos móveis, sistemas computadorizados e outros recursos tecnológicos utilizados para compensar a falta de especialistas de SM e no sentido de viabilizar e escalonar o acesso ao cuidado de SM continua atraindo investigações (AGGARWAL, 2012; ARJADI et al., 2015; BOCKTING et al., 2016; DONKER; KLEIBOER, 2018), sobretudo em comunidades rurais (MAULIK et al., 2017; MAULIK; KALLAKURI; DEVARAPALLI, 2018).

Tendo em vista o crescente volume de pesquisas distribuídas em vários LMIC, fica evidente que a ética em pesquisa emerge como outro foco de debate na SMG. A progressiva quantidade de pesquisadores e “comunidades/sujeitos de pesquisa” e, principalmente, as relações de poder acionadas constante e continuamente durante as investigações, impõem uma série de desafios e dilemas que confrontam a conduta ética dos pesquisadores. Surgem, então, estudos para discutir a adoção de princípios éticos em pesquisa, bem como o desenvolvimento de estratégias que orientem a execução de práticas eticamente íntegras. Dentre essas estratégias estão, por exemplo, o uso de políticas e procedimentos de consentimento livre e esclarecido culturalmente sensíveis; a análise dos riscos e benefícios não só do ponto de vista meramente econômico, mas também social, cultural e ambiental; a garantia de confidencialidade em relação à divulgação de certas informações que possam ser altamente estigmatizantes; a preservação da autonomia individual; o estímulo ao engajamento e à participação da comunidade local (CHIUMENTO et al., 2017a; NG et al., 2016; RUIZ-CASARES, 2014a, 2014b). O desenvolvimento de competências éticas, sobretudo por parte de jovens pesquisadores que vêm ingressando na SMG, é um aspecto tão sensível que Ng et al. (2016) o incluíram na proposta que elaboraram, na qual listam as áreas de treinamento necessárias para o avanço das investigações nesse campo.

Além da conduta ética, discutem-se os dilemas de justiça e de equidade que atravessam o desenvolvimento das pesquisas na SMG, particularmente porque grande parte das investigações para SM e TMC é feita em LMIC por estudantes de países ricos, o que não deixa de reproduzir um vetor de desigualdade social. Investigar realidades menos privilegiadas, onde imperam iniquidades de toda ordem, ao mesmo tempo em que o pesquisador provém de uma localidade mais afortunada, exige uma sensibilidade ética no planejamento da pesquisa que ultrapassa a preocupação com a ética processual. Por isso, treinamentos sobre ética em pesquisa, assim como a discussão de questões de justiça social e equidade devem ser realizados antes do início dos projetos e, preferencialmente, desde a fase de formação dos futuros pesquisadores em saúde global (HUNT; GODARD, 2013).

A dignidade daqueles que apresentam problemas de SM, juntamente com os temas da justiça social e da equidade, são tópicos que vêm ganhando impulso na literatura da SMG, principalmente após o lançamento do projeto “*Quality Rights*” e do Plano de Ação Integral 2013-2020, diretrizes da OMS baseadas em preceitos dos direitos humanos internacionais que estabelecem as bases morais para a defesa da cidadania. O conceito de dignidade está interligado com o de justiça social, uma vez que esta só é alcançada em condições de igualdade de oportunidades e privilégios para todos, inclusive os mais vulneráveis, enquanto

que a dignidade de cada membro da sociedade é alcançada somente quando os seus indivíduos, incluindo aqueles mais marginalizados, são tratados como iguais. É tamanha a importância que o tópico da dignidade vem conquistando que este foi o tema do Dia Mundial da Saúde Mental de 2015 e se cogita considerá-la como um fator de avaliação do desenvolvimento e do desfecho de intervenções em SM (SAXENA; HANNA, 2015; WFMW, 2015; ZIEDONIS; LARKIN; APPASANI, 2016).

À medida que uma série de pesquisas e ensaios clínicos são concluídos, um montante de informações torna-se disponível para embasar o desenvolvimento de futuros projetos. Com isso, a “ciência da implementação” e o processo de *knowledge transfer* (transferência de conhecimento, tradução nossa) emergem como foco de interesse do campo da SMG. Desde a convocação da série Lancet de 2007 para que fosse expandido significativamente o acesso aos cuidados de SM, o *Movement for Global Mental Health* enfatiza a necessidade de haver evidências que subsidiem a construção de intervenções eficazes e efetivas capazes de alcançar os melhores desfechos no sentido de sanar a lacuna de tratamento existente em todo o mundo. Dessa forma, uma das premissas inerentes à própria constituição do campo da SMG é a possibilidade de replicar as evidências em grande escala, seja de um país para outro, de um serviço assistencial para outro, ou de um grupo populacional para outro. Essa ênfase na “replicabilidade” das intervenções exige uma ciência da implementação que defina processos para se viabilizar a transferência do conhecimento adquirido sobre as evidências do funcionamento e dos efeitos das diversas intervenções terapêuticas, o que, por sua vez, cria a necessidade de novos estudos (DOCHERTY et al., 2017).

Nesse sentido, tal como alguns outros ensaios clínicos, os experimentos de Patel et al. (2010) e de Chibanda et al. (2011), já citados nesta seção, parecem evoluir para a fase de transferência do conhecimento, uma vez que, a partir deles, novos estudos se desdobram com o objetivo de transpor para outros cenários as evidências obtidas na fase inicial dos projetos originais. Assim, surgem estudos destinados a explicar o processo de desenvolvimento dos ensaios clínicos, a apresentar os protocolos de tratamento que surtiram efeitos positivos, a descrever passo-a-passo os procedimentos, a enumerar os recursos imprescindíveis e a detalhar todos os requisitos necessários para que novas intervenções realizadas nos mesmos moldes do projeto piloto sejam igualmente bem sucedidas ou até superem os resultados do experimento que lhes deu origem (ABAS et al., 2016; CHIBANDA et al., 2011, 2015, 2016a, 2016b, 2016c; PEREIRA et al., 2011).

Entretanto, enquanto alguns autores se ocupam em estruturar novas abordagens de cuidado e outros a desenvolver processos para a transmissão de conhecimento, outros, por

outro lado, criticam o próprio o estatuto das evidências aceitas para se gerar conhecimento em SMG, problematizam a tensão epistemológica entre o conhecimento "científico" e o "popular" ou "tácito", e ainda questionam as estratégias usadas para gerar conhecimento e transpô-lo de um cenário a outro (BEMME; D'SOUZA, 2014; INGLEBY, 2014; SUMMERFIELD, 2008; UNGAR et al., 2015; WELCH; UEFFING; TUGWELL, 2009). Dessa forma, as pesquisas em SMG, assim como projetos de transferência de conhecimento para a implementação e o escalonamento de intervenções que ampliem o acesso à SM avançam *pari passu* com as controvérsias em relação às formas não só de produzir, mas também de transpor as evidências, indicando que o campo está em permanente tensão, assim como passamos a relatar no próximo item.

#### 1.2.5 Divergências e críticas ao discurso hegemônico da Saúde Mental Global

Como disciplina de base empírica que segue a premissa de produzir evidências com a finalidade de sustentar a replicação em grande escala (*scale up*) de intervenções terapêuticas para atenuar os problemas de SM em várias partes do mundo, a SMG vem se intensificando e se diversificando rapidamente nos últimos dez anos. Apesar de muitos atores deste campo compartilharem do mesmo objetivo e de haver um notável consenso em relação à necessidade de aumentar o acesso aos cuidados e minorar a lacuna de tratamento em SM, especialmente nos LMIC, essa expansão, inevitavelmente, gera polêmicas.

As controvérsias provêm de posicionamentos díspares que variam entre aqueles que propõem uma abordagem de saúde pública da SM, com enfoque majoritário da biomedicina e das práticas baseadas em evidências, e aqueles que privilegiam um enfoque de base comunitária, que seja sensível aos determinantes sociais em saúde mental, bem como aos valores, às tradições e às práticas da comunidade, e priorize tanto a participação e o engajamento da população, quanto o fortalecimento dos recursos comunitários locais (BEMME; D'SOUZA, 2014; CAMPBELL; BURGESS, 2012; INGLEBY, 2014).

Outra crítica importante é quanto à exportação de evidências produzidas em países de alta renda, para contextos LMIC com poucos recursos, principalmente porque existem questionamentos sobre a utilidade e a validade de diagnósticos psiquiátricos. Questiona-se, por exemplo, se o movimento de exportação de soluções criadas no Norte Global para o Sul

Global, não representaria um empuxo de “patologização” de países de alta renda na direção dos LMIC, na medida em que a disseminação da psiquiatria poderia moldar a experiência humana – seja a experiência do SE, dos problemas de vida, dos conflitos nas relações e no sofrimento social – como um "transtorno mental" tratável por drogas. Da mesma forma, os efeitos deletérios do uso prolongado de drogas psicotrópicas, marca da atual psiquiatria biomédica, também são uma preocupação constante quando se observa esse movimento (MILLS; FERNANDO, 2014).

Boa parte das polêmicas poderia ser assim resumida:

Enquanto profissionais de SM voltados para a articulação da SM com a APS tendem a ver no movimento um aliado, cientistas sociais e psiquiatras de orientação transcultural, influenciados pelos ideais da anti-psiquiatria, tendem a considerar a SMG como uma nova onda de expansão da psiquiatria colonialista, ou mesmo como um veículo de domínio da psiquiatria anglofônica. Atuando de acordo com uma vertente de psiquiatria cujas premissas são biologicamente orientadas, a SMG tenderia a reproduzir abordagens tecnocráticas de diagnóstico e tratamento e, assim, negligenciaria os determinantes sociais do sofrimento mental e as características próprias das culturas locais (CRSG, [s.d.]).

Mesmo sem nos deter profundamente, vale citar as principais críticas ao *Movement for Global Mental Health*, uma vez que o próprio movimento avança paulatinamente a partir dos debates em curso (MENDENHALL; KOHRT, 2016). As ponderações mais persistentes partem, principalmente, de acadêmicos ligados às Ciências Sociais, à Antropologia Médica e à Psiquiatria Transcultural, e um dos próprios líderes do movimento reconhece que as reprimendas podem ser agrupadas em quatro eixos (PATEL, 2014):

- a) A falta de validade transcultural das categorias diagnósticas adotadas nas intervenções diante da ausência de um marcador biológico que caracterize os transtornos mentais (SUMMERFIELD, 2008, 2012b);
- b) A limitação do alcance das intervenções biomédicas para abordar problemas socialmente determinados, uma vez que o resultado do cuidado ofertado em intervenções individuais seria mínimo diante da forte influência dos DSS (BRACKEN; GILLER; SUMMERFIELD, 2018; KLEINMAN, 2012);
- c) O discurso da agenda da SMG estaria dominado por corporações transnacionais e seria um facilitador de interesses, sobretudo, da indústria farmacêutica (FERNANDO, 2011; MILLS; FERNANDO, 2014);
- d) A SMG seria um facilitador da expansão da psiquiatria biomédica e do imperialismo médico porque baseia-se na transferência de conhecimento gerado em localidades desenvolvidas para contextos em desenvolvimento (FERNANDO, 2011; SUMMERFIELD, 2012b, 2013).



Kohrt, Mendenhall e Brown (2016b) afirmam que, conceitualmente, as críticas à SMG se referem a poder, conhecimento e práticas. Da mesma forma que a saúde global, a SMG enfrenta desafios semelhantes no que diz respeito às relações de poder que perpassam a condução das políticas, o desenvolvimento das intervenções, a alocação dos recursos e até a definição diagnóstica. Provocando reflexões, os autores indagam:

Discute-se, por exemplo, quem tem autoridade para gerar conhecimento e evidências? Que forças promovem sistemáticas de conhecimento com maior poder de disseminação e intervenção? Quem dentro do sistema de saúde e da própria comunidade usuária está culturalmente autorizado a fornecer feedback e críticas para remodelar as práticas? Como tal feedback é fornecido e incorporado nas práticas? Os esforços transculturais, internacionais e globais de psiquiatria atendem a que finalidades médicas, sociais e econômicas? (KOHRT; MENDENHALL; BROWN, 2016b, p.28).

Summerfield denuncia que o termo SMG chega a ser um oxímoro, uma vez que saúde mental e doença mental não significam a mesma coisa em todos os lugares e não estão sujeitos a definições padrão. Em outras palavras, se há nuances e matizes nas diversas manifestações de saúde-doença, estas não podem ser consideradas fenômenos globais. Ele aponta que, mesmo que a literatura da disciplina admita a presença de determinantes sociais e econômicos na SM, o empuxo é de implantar globalmente o modelo biomédico ocidental de entendimento dos transtornos mentais, o que equivale a vender os produtos da indústria de SM ocidental para o mundo não-ocidental. Para o autor, o universalismo subjacente à SMG reproduziria a dinâmica da era colonial, mas com um traço de imperialismo moderno, o qual se caracteriza por afirmar ser um movimento progressivo, que tem o objetivo de instruir, modernizar, e civilizar, mas assume apenas o conhecimento ocidental como definitivo. Visto que “apenas a cultura ocidental mantém o poder de se projetar globalmente” (p. 2), em qualquer contexto particular, é preciso problematizar: de quem é o conhecimento que conta? Quem tem o poder de definir o problema? (SUMMERFIELD, 2013)

Na verdade, essas querelas sobre a SM fazem parte de uma discussão maior sobre os determinantes políticos da saúde, uma vez que “os sistemas políticos determinam a forma como os serviços de saúde mental são organizados porque as teorias políticas afetam a forma como os problemas da "mente" são conceituados” (MILLS; FERNANDO, 2014, p. 193). De acordo com a discussão, Navarro ressalta que as concepções de SM estão inseridas num panorama dominado pela economia política enraizada no capitalismo neoliberal e pela ideologia do individualismo, as quais acirram as desigualdades sociais, e a OMS tenderia a reproduzir tais forças no campo da saúde. Apesar de reconhecer que, no relatório da comissão dos DSS, a OMS denuncia os fatores sociais que restringem o desenvolvimento da saúde, sua fraqueza está em evitar discutir a categoria de poder e como o poder é produzido e

reproduzido nas instituições políticas. Não bastaria a OMS revelar que as desigualdades sociais matam, seria preciso revelar quem se beneficia de tais desigualdades que matam, embora isso não seja possível para organismos cuja atuação é limitada pela inexorável necessidade de produzir consensos. Nesse sentido, Navarro critica frontalmente a OMS e afirma que a agência trata de políticas e normas de saúde sem abordar a política, de modo que o relatório reflete um posicionamento totalmente apolítico, típico de organismos internacionais. Em contraposição, ele reitera a afirmação de Virchow de que “a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em larga escala” (2009, p.16) (NAVARRO, 2008, 2009).

No que tange às disputas referentes à produção de conhecimento, o principal sistema de conhecimento que o *Movement for Global Mental Health* difunde é aquele da psiquiatria biomédica, que é majoritariamente produzido em universidades e centros de pesquisa do Ocidente. Retomando um pensamento foucaultiano, Bracken, Giller e Summerfield (2016) alertam que, uma vez que conhecimento e poder estão sempre relacionados, enfatizar a primazia deste conhecimento significa sistematicamente minar o valor das epistemologias locais (BRACKEN; GILLER; SUMMERFIELD, 2018).

Subjacente a estas disputas, existe um embate epistemológico sustentado por duas concepções teóricas distintas que orientam as pesquisas e as intervenções e, conseqüentemente, estão implícitas nas respectivas evidências que geram. De um lado, está a perspectiva universalista e, de outro, a localista. Embora nem sempre seja mencionado nas discussões entre os representantes destas perspectivas, segundo Keys e Kaiser (2017), o uso de cada uma possui vantagens e desvantagens.

A perspectiva universalista pressupõe que os transtornos mentais são universais e, portanto, manifestam-se da mesma forma em qualquer parte do mundo. Essa premissa justificaria abordagens biomédicas, como, o uso transcultural indistinto do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) para identificar e tratar problemas mentais no contexto global (KOHRT; MENDENHALL; BROWN, 2016b).

Esta perspectiva diferencia-se por produzir dados quantitativos a partir das categorias diagnósticas que, mesmo sendo oriundas de diferentes localidades e de múltiplos contextos socioculturais, são consideradas comparáveis entre si, pois são internacionalmente reconhecidas. Utilizar dados gerados a partir da perspectiva universalista permite construir argumentos relativos à carga de doença associada a determinados problemas de saúde, os quais municiam a solicitação de recursos, bem como a alocação de financiamento para o desenvolvimento de possíveis soluções. Além disso, tais dados sustentam propostas de

construção de intervenções padronizadas para o enfrentamento de tais problemáticas. Todavia, pelo fato de privilegiar o uso de categorias psiquiátricas e de ignorar os modos locais de experimentar e comunicar o sofrimento, esta perspectiva tem sido criticada como uma forma de imperialismo biomédico (KEYS; KAISER, 2017; SUMMERFIELD, 2008).

Em contrapartida, a perspectiva localista, também conhecida como relativista ou pluralista, propõe que o modo como as pessoas experienciam os SE e os transtornos mentais são moldado nos contextos locais e, portanto, não pode ser transportado para outros lugares. Esta perspectiva tem a vantagem da validade etnográfica, porque está enraizada nos contextos locais e depende de seus sistemas próprios de comunicação, de suas formas particulares de compreender o mundo e também de experimentar e expressar o sofrimento mental. Segundo esta concepção, os contextos locais cumprem um papel importante não só na forma como o adoecimento se manifesta, mas principalmente, em como as pessoas manejam seu próprio sofrimento (KEYS; KAISER, 2017; KOHRT; MENDENHALL; BROWN, 2016b).

Por outro lado, esta perspectiva é criticada pelo eventual enaltecimento exagerado do dado local, o que torna difícil estabelecer comparações interculturais, informações que, às vezes, são muito necessárias na tomada de decisões políticas e no planejamento dos objetivos relacionados às ações de SMG. Assim, ainda que a perspectiva localista tenha algumas vantagens, o monitoramento e avaliação dos estudos e sua comunicação para a sociedade civil, leiga no uso das metodologias, exige certa "re-tradução" ou adaptação dos dados das pesquisas empreendidas (KEYS; KAISER, 2017).

Pesquisadores afiliados à Psiquiatria Transcultural, disciplina reconhecida por tradicionalmente censurar a psiquiatria hegemônica, também criticam as iniciativas em SMG por serem primordialmente fundamentadas na biomedicina e, portanto, na perspectiva universalista. Desse modo, empregam basicamente dados epidemiológicos produzidos majoritariamente em países desenvolvidos, e seguem a premissa de que tratamentos padronizados baseados em evidências podem ser indiscriminadamente disseminados para várias localidades sem nenhum tipo de adaptação cultural. Por isso, as pesquisas realizadas segundo esta ótica acabam por reiterar uma concepção biológica dos transtornos mentais, desconsiderando, portanto, a influência dos DSS. Assim, tendem a retratar interesses e prioridades dominantes estabelecidas por instituições e profissionais de saúde, além de enfatizar o conhecimento (supostamente) científico gerado na Psiquiatria, em detrimento de refletir as aspirações e as tradições da comunidade e de valorizar o conhecimento de agentes de saúde tradicionais, como curandeiros, pajés e outros atores locais (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014; KIRMAYER; SWARTZ, 2014; SWARTZ, 2012).

Dentre outros autores, Summergrad (2016) e Patel (2014) alimentam o debate, rebatendo as críticas e revertendo a argumentação. Para eles, o entendimento de que, diante da ausência de marcadores biológicos precisos, os transtornos mentais devem ser definidos apenas segundo uma ótica cultural, assim como o ceticismo em relação aos dados de prevalência dos transtornos mentais, representam obstáculos que, possivelmente, impedem o avanço dos investimentos para ampliar globalmente o acesso ao tratamento de SM. Em direção contrária, afirmam que os aspectos criticados, na verdade, são motivos para incentivar a expansão das ações em grande escala (PATEL, 2014; SUMMERGRAD, 2016).

#### 1.2.6 O campo da Saúde Mental Global no Brasil

Fazendo um mapeamento da situação da SMG no Brasil, percebemos alguns indícios do desenvolvimento dessa disciplina em nosso país, o que se justificaria a começar pela semelhança do cenário local com o panorama mundial em termos dos dados epidemiológicos referentes à prevalência dos TMC que, como já mencionado no item “*O sofrimento emocional e sua relação com os Transtornos Mentais Comuns*”, giram entre 38 e 56% em pacientes da APS, segundo a metodologia do estudo (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2014; MARI; WILLIAMS, 1986; VILLANO, 1995).

No que se refere à presença acadêmica, ainda que timidamente, é visível que o Brasil vem acompanhando o movimento de inserção da saúde global na Academia. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) conta com o Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris)<sup>13</sup>, criado em 2009, para coordenar e apoiar as atividades internacionais da Fundação, e que tem como um de seus propósitos introduzir as dimensões da governança global em saúde nos diversos campos de ação da Fiocruz. Franco-Giraldo (2015) menciona também a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ESNP), outra unidade da Fundação Oswaldo Cruz que oferece treinamento em “saúde global e diplomacia da saúde”.

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo é mais uma instituição citada por Franco-Giraldo (2015) que realiza atividades com foco em “saúde global,

---

<sup>13</sup> Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, disponível em: <https://portal.fiocruz.br/cris>

diplomacia e o impacto da globalização na saúde e na cooperação internacional em políticas de saúde no Brasil”, além de abordar a temática referente à “bioética e saúde global”.

Mais especificamente em termos de SMG, e conforme já mencionado, a USP sedia o LATIN-MH e a UFRJ participa da RedeAmerica. No site da UNIFESP consta que seu Departamento de Psiquiatria, periodicamente, realiza atividades para discutir aspectos relacionados ao campo como, por exemplo, “Seminários sobre SMG” e o curso “Introdução à Psicoterapia Interpessoal no Tratamento da Depressão: Diminuindo o Mental Health GAP”.

Duas unidades sediadas na UERJ vêm, concomitante e conjuntamente, desenvolvendo iniciativas desde 2014. O Centro Rio de Saúde Global<sup>14</sup>, que reúne algumas unidades acadêmicas da UERJ, dentre elas o Instituto de Medicina Social, estabeleceu uma rede de parceria com outras instituições de pesquisa, como o *Imperial College Londres*, a *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e a *John Hopkings Bloomberg School of Public Health*, universidades que, como já mencionado antes, desenvolvem programas voltados para SMG. O Centro Rio de Saúde Global lidera atividades de discussão da “Agenda de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030” da ONU. Além disso, tem a SMG como uma de suas áreas de atuação e linhas de pesquisa coordenadas por professores do Instituto de Medicina Social, que oferece uma disciplina específica intitulada SMG (CRSG, [s.d.]).

Como frutos da linha de pesquisa intitulada “*Dilemas e desafios das políticas de Saúde Mental Global*”, do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, temos dois trabalhos de pesquisa recém-concluídos. A tese de doutorado “*Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro*” (WENCESLAU, 2017) e a dissertação de mestrado “*Saúde Mental Global: perspectivas para o cenário brasileiro a partir de uma revisão integrativa da literatura*” (SOARES, 2018).

Uma terceira unidade da UERJ, o Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS), vinculado à Faculdade de Ciências Médicas do Centro Biomédico, também tem investido em pesquisas e práticas considerando o referencial teórico da SMG. No que se refere à pesquisa, identificamos a tese de doutorado “*A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: um estudo sobre o matriciamento na área*

---

<sup>14</sup> Centro Rio de Saúde Global, disponível em: <http://centroriosaudeglobal.org/>

*programática 2.2 do município do Rio de Janeiro*”<sup>15</sup> (ATHIÉ, 2017), titulada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, e orientada pela professora Dra. Sandra Fortes, que é coordenadora do LIPAPS. Já em termos de práticas, o LIPAPS em parceria com secretarias de saúde estaduais e/ou municipais, universidades públicas e outras instituições vem divulgando o *Mental Health Gap Action Programme* (WHO, 2008a, 2010a) para a APS brasileira, especialmente junto a equipes da ESF. Nesse sentido, em 2016, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil (OPAS), da Superintendência de Atenção Básica e do Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e em parceria com o grupo de trabalho de SM da WONCA, promoveu a primeira “Oficina de Capacitação de Facilitadores do *Mental Health Gap Intervention Guide - mhGAP*”, na qual foram treinados cerca de 20 médicos e enfermeiros da ESF e especialistas de SM, incluindo esta autora, que viriam a multiplicar esse treinamento. A edição mais recente do treinamento, realizada em 2018, por iniciativa da Apoiadora de SM da Área Programática 1.0 (Centro da cidade e adjacências) do Rio de Janeiro contou com 40 profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e ACS) e especialistas de SM. Em 2017, a capacitação foi ministrada em seis diferentes cidades (Rio de Janeiro, Brasília, Goiânia, Ouro Preto, Fortaleza, e Porto Alegre). Além destas, foi realizada outra oficina de capacitação para os participantes do Congresso Brasileiro de Medicina de Família (Paraná, 2017) e uma oficina de sensibilização junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Somando os dois anos, já participaram das capacitações um total em torno de 420 pessoas, majoritariamente profissionais de SM, seguidos em quantidade significativa de enfermeiros e, em menor proporção, de médicos, além de alguns ACS e gestores. Conteúdos contemplados: introdução ao mhGAP e ao modelo de cuidado; depressão; autoagressão/suicídio; outras queixas emocionais significativas ou sem explicação médica; transtornos por uso de álcool (apenas em alguns). De acordo com o relatório técnico de avaliação (FORTES, 2017), de modo geral, os treinamentos despertaram bastante interesse e a expectativa dos participantes girava em ampliar seus conhecimentos sobre a integração de SM na APS e qualificar sua prática nesse âmbito. Desafios estruturais e operacionais foram enfrentados durante a organização e execução das capacitações, mas os resultados ultrapassaram o foco da qualificação, promovendo a interação entre diversas instâncias participantes, conforme o trecho abaixo:

Para além da capacitação direta ao cuidado aos usuários com depressão ou com outras queixas, esse treinamento tem proporcionado oportunidades de integração

---

<sup>15</sup> Foi sob o guarda-chuva desta tese que foram realizados três dos artigos mencionados no item “*Reflexões preliminares sobre meu envolvimento com o campo e o processo de construção desta tese*” na seção de *Introdução*.

entre diversos municípios e a gestão estadual e entre a atenção primária e a saúde mental. Porém, devido ao isolamento destes diversos níveis de cuidado e gestão no SUS, esta integração assumiu uma importância ímpar dentre as consequências positivas dos treinamentos. Esta tem sido a maior demanda por ser a maior fragilidade do sistema: construir cuidados colaborativos (que no modelo assistencial do Brasil ocorrem através do Matriciamento) que integrem os níveis assistenciais da atenção primária (incluindo implementação de NASFs) com as unidades secundárias de saúde mental (CAPS e Ambulatórios).

No que tange a produção de pesquisas em SMG no Brasil, desenvolvemos o estudo “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da saúde mental global: uma revisão integrativa” (MENEZES et al., [s.d.], no prelo), no qual analisamos 88 artigos. Na primeira rodada do levantamento de buscas bibliográficas, efetuada em fevereiro de 2015, com os termos “*saúde mental global*” + “*Brasil*”, em português e inglês, nas bases BVS e Pubmed/Medline, encontramos apenas dois artigos (PERNGPARN et al., 2008; SCIVOLETTO et al., 2014). Em nosso entendimento, este resultado indicava praticamente não haver estudos brasileiros conduzidos explicitamente sob o rótulo da SMG, ao menos até aquele momento.

Entretanto, por outro lado, num segundo momento, modificando a estratégia de pesquisa, passamos a analisar como certas categorias-chave da SMG apareciam na literatura brasileira de SM. E identificamos estudos que, mesmo sem serem auto referidos à rubrica da SMG, apoiavam-se em referências da literatura internacional da SMG, e incorporavam o discurso central deste campo, isto é, aquele de usar como justificativa para a sua realização, o argumento do aumento do acesso dos cuidados e da redução da lacuna de tratamento em SM. As características desses artigos, que serão comentadas no próximo parágrafo, mostraram que noções utilizadas na SMG começavam a ser introduzidas na produção local (MENEZES et al., [s.d.] no prelo).

Entre as categorias de SMG analisadas na pesquisa “Paralelos [...]”, estava a categoria “acesso”, que se correlaciona diretamente com a noção de “*treatment gap*”. Cabe salientar que comentamos, especialmente, esta categoria, uma vez que ela se tornou um dos temas de investigação desta tese.

Os resultados da análise dos 88 artigos indicaram que, na produção brasileira, o discurso sobre a insuficiência de cuidados de SM prioriza o termo “acesso” e praticamente não emprega o termo “lacuna de tratamento”. Assim, embora haja uma discussão consistente sobre o acesso à SM, o termo “*treatment gap*” não apresenta tamanho destaque como na SMG. Quando o termo “lacuna de tratamento” é utilizado, geralmente, aparece em produções, cujo perfil assemelha-se às publicações da SMG, apresentando determinadas características

que destoam das demais publicações nacionais. Tais características envolvem aspectos de autoria, local de publicação, idioma e discurso/argumentação. Em relação à autoria, constatamos que a equipe de autores apresenta um *mix* de nacionalidades, sendo composta por autores brasileiros, ligados a instituições acadêmicas nacionais, e outros autores de origem estrangeira, representantes de instituições internacionais. Em termos do local e do idioma de publicação, verificamos que tais artigos são preferencialmente divulgados em periódicos estrangeiros e/ou em língua inglesa. E no que se refere à construção da argumentação, disseminam um discurso baseado em evidências que privilegia a utilização de dados epidemiológicos, incluindo a menção explícita à prevalência dos transtornos mentais e estimativas da lacuna de tratamento. Salvo algumas exceções, a maior parte dos artigos brasileiros analisados no estudo “Paralelos [...]”, quando apresentavam discussões sobre o acesso à saúde, concentram sua argumentação no processo de afluência aos serviços e de recebimento dos cuidados de SM, seja nos serviços da APS, seja nos dispositivos especializados de SM (MENEZES et al., [s.d.], no prelo).

Diante desses resultados, apesar de não haver uma literatura brasileira propriamente referida à SMG no Brasil, entendemos que temas candentes deste campo são discutidos sob a roupagem de referenciais locais. E, neste sentido, entendemos haver uma extensa gama de conhecimentos endêmicos, provenientes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e da implantação da ESF, que sustentam as práticas de SM no Brasil.

A experiência brasileira da ESF demonstra alguma afinidade com boa parte dos argumentos disseminados na SMG. Visto ser pautado pelos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), e pelos atributos da própria APS (porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), o modelo brasileiro de APS é voltado para o aumento do acesso à saúde da população e para a diminuição das desigualdades em saúde. As iniciativas de integração de SM na ESF – seja diretamente pela abordagem do médico da ESF, seja pela abordagem colaborativa via Apoio Matricial exercido pelos especialistas de SM do NASF em conjunto com os profissionais da equipe da ESF – podem ser consideradas soluções nacionais de enfrentamento da lacuna de tratamento no Brasil.

Apesar da alta prevalência dos transtornos mentais no país, bem como da inquestionável necessidade de aumentar o acesso aos cuidados de SM, cabe notar que o contexto brasileiro diverge daquele de outros LMIC que recebem aportes significativos de organismos internacionais e são alvo de uma série de pesquisas em SMG (ORTEGA; WESCESLAU, 2015). Diferentemente de alguns países em desenvolvimento na África e no



sudeste asiático, é preciso considerar não só que o Brasil tem um sistema de saúde estruturado, o SUS, quanto este é um dos maiores sistemas que oferecem cobertura universal (MACINKO; HARRIS, 2015; PAIM et al., 2011).

Historicamente, dois movimentos vêm instituindo novas políticas de saúde e, conseqüentemente, transformando o modelo assistencial brasileiro com a expansão de uma nova rede de pontos de atenção à SM. A Reforma Sanitária é responsável pela remodelação da atenção básica e por introduzir a Estratégia de Saúde da Família como o novo modelo brasileiro de APS, que conta ainda com os NASF para dar suporte às ações de SM realizadas pelas equipes da ESF. Paralelamente, a Reforma Psiquiátrica vem fechando os grandes hospitais psiquiátricos e estabelecendo serviços substitutivos de base comunitária, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial. Dando sustentação legal a esses movimentos, um arcabouço jurídico-legislativo fixa normativas que garantem os direitos dos portadores de sofrimento mental e orientam funcionamento dos novos serviços SM (AMARANTE, 2007).

A força dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, e a construção dos novos dispositivos e, mais recentemente, da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011b), mostra que a área de saúde no Brasil tem uma trajetória histórica própria, e conta com a participação de políticos, gestores e profissionais locais muito atuantes no contexto nacional, independentemente da orientação e da ajuda de organismos internacionais. Isso confirma que, mesmo com deficiências, o Brasil dispõe um sistema de saúde robusto capaz de propor e enfrentar desafios e dilemas significativos na esfera local e, quiçá, em âmbito regional ou internacional.

Ortega e Wenceslau (2015) sugerem que este cenário político-institucional distingue o país em relação a outros LMIC, inclusive em termos do acúmulo de produção científica, afirmação que pode ser confirmada com a surpreendente posição da produção brasileira nas ciências da saúde que, em 2008, já ocupava o 3º lugar mundial em 2008 no ranking mundial segundo a ISI-Thomson Reuters-Web of Science, superada apenas pelos EUA e Inglaterra (MENEHINI, 2010). Segundo os autores, tais características colocam o Brasil em condição privilegiada não só para avaliar as vantagens e os benefícios de seguir diretrizes externas, mas também para trocar experiências e, eventualmente, fornecer recomendações técnicas para outros países. Em função disso, propõem que se analise como a agenda da SMG repercute no Brasil ou, por outro lado, pode sofrer influências da produção acadêmica e das políticas de saúde brasileiras.

Confirmando a posição privilegiada e diferenciada do Brasil, Macinko e Harris (2015, p.2180-2181) atestam que o mundo pode aprender algumas lições com a experiência brasileira de APS:

A atenção primária de base comunitária pode funcionar se for feita adequadamente. Requer um modelo sólido, testagens piloto, geração de evidências, visão de longo prazo e compromisso políticos e financeiros sustentados. A ESF parece ser extremamente custo-efetiva: o Brasil atualmente gasta cerca de Us\$ 50 por ano por pessoa no programa. Mas ampliar tal empreitada em larga escala exigiu adaptação contínua e investimento, especialmente diante das diferenças regionais em termos das necessidades de saúde da população, da capacidade municipal e dos recursos dos serviços de saúde, e da prática médica em evolução – um desafio igualmente provável de se aplicar a outros países. Finalmente, construir um sistema robusto de atenção primária é mais do que um exercício burocrático, requer movimento sociais de longo prazo e compromisso profissional.

Outro fato que corrobora a posição diferenciada do Brasil, mesmo sendo um LMIC, foi a recente eleição de um cidadão brasileiro para exercer a presidência do Conselho Executivo da OMS, sendo que última vez que o Brasil havia ocupado essa posição foi em 1961. Segundo o Ministério das Relações Exteriores,

O Brasil tem uma atuação de destaque e liderança na OMS, sobretudo na defesa do acesso universal a medicamentos e serviços de saúde. No exercício da presidência do Conselho Executivo, o Brasil terá a oportunidade de coordenar a discussão multilateral dos principais temas de saúde em sintonia com os objetivos da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2017b).

## 2 A METODOLOGIA E SUA APLICAÇÃO

Complementando a seção “*Considerações sobre os métodos e o desenho da pesquisa*”, a qual faz parte da *Introdução*, este capítulo trata especificamente da metodologia conforme aplicada na elaboração da presente tese. Aqui, explicamos como os métodos qualitativos foram empregados e detalhamos tanto os procedimentos utilizados especificamente neste estudo, quanto as adaptações que se fizeram necessárias.

Para se alcançar o objetivo proposto de refletir sobre o contexto local de cuidado ao SE à luz do panorama da SMG, realizamos dois estudos: um empírico e outro teórico-conceitual. A título de esclarecimento, explicamos que iniciamos nosso percurso metodológico utilizando grupos focais para realizar uma pesquisa de campo sobre a percepção de pacientes sobre o SE e seu cuidado. Mais tarde, a análise dos dados resultantes apontou a necessidade de desenvolvermos um instrumental teórico conceitualmente pertinente à discussão que se pretendia fazer. Decidimos, então, recorrer ao método de revisão bibliográfica para levantar informações, primeiramente, sobre o termo “*acesso*” e, posteriormente, sobre o termo “*treatment gap*”, visto que ambos são utilizados com frequência na literatura de SM.

Assim, em primeiro lugar, expomos a metodologia adotada na pesquisa empírica, ou seja, os grupos focais. Descrevemos seus principais itens, a saber: o contexto, o local do estudo, o público-alvo investigado, os procedimentos e instrumentos utilizados, o método de interpretação dos dados, e os aspectos éticos observados durante o trabalho de campo empírico. Em segundo lugar, abordamos a metodologia da revisão bibliográfica, esclarecendo o contexto em que esta foi realizada, o processo do levantamento dos dados, as estratégias de busca e as palavras-chave utilizadas. E terminamos o capítulo com uma síntese esquemática dos métodos utilizados enfatizando os principais aspectos de cada um.

### 2.1 Método 1: estudo empírico com grupos focais

Começamos a descrição de nosso percurso metodológico citando os principais aspectos do método que foi adotado para efetuar o trabalho da pesquisa de campo, ou seja, os grupos focais.

### 2.1.1 Contexto do estudo empírico

Este estudo constituiu a primeira etapa da vertente qualitativa da pesquisa “Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro” (Avaliação de SM na APS na AP 2.2), cuja proposta foi estudar a percepção de pacientes e profissionais acerca da assistência de SM.

Conforme mencionado na *Introdução* desta tese, a vertente qualitativa foi desenvolvida em três etapas de modo sucessivo e complementar, de acordo com o público-alvo investigado e com o método de coleta de dados adotado. A primeira etapa contemplou a realização de grupos focais com pacientes (2013); a segunda constou de entrevistas em profundidade com pacientes (2014), cujos resultados foram discutidos no artigo “*Anxious and Depressed Women’s Experiences of Emotional Suffering and Help Seeking in a Rio de Janeiro Favela*” (ATHIÉ; DOWRICK; MENEZES et al., 2017) e a terceira etapa envolveu entrevistas em profundidade com profissionais de saúde (2015).

### 2.1.2 Local do estudo

A pesquisa de campo aconteceu na Área Programática 2.2 do município do Rio de Janeiro (Figura 1), usualmente referida como AP 2.2. Esta AP abrange a região da Grande Tijuca englobando sete bairros (Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel), e abrigando 371.120 habitantes (IBGE, 2013).

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, [s.d.]), em 2010, o município do Rio de Janeiro apresentava um índice de

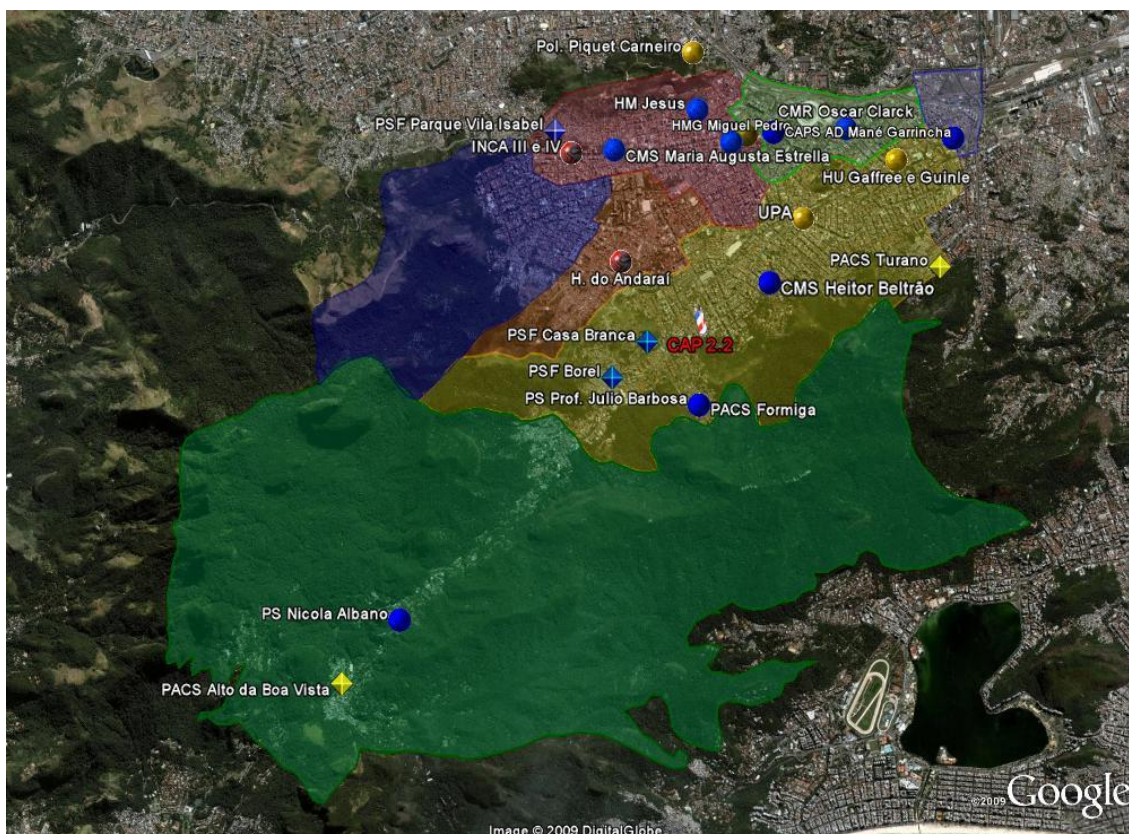
desenvolvimento humano (IDH) de 0,72 e a região da Grande Tijuca um IDH, ainda mais alto de 0,88. O índice é composto por três indicadores: a longevidade, que aponta a expectativa de vida ao nascer; a educação, que aponta o acesso ao conhecimento; a renda, que aponta o padrão econômico da população. O IDH varia de zero até 1, sendo considerado elevado quando é igual ou acima de a 0,80. No caso da região da Grande Tijuca, a dimensão que mais contribuiu para o IDH foi a renda, com índice de 0,937, seguida pela longevidade, com índice de 0,904, e pela educação, com índice de 0,818.

Por outro lado, o coeficiente GINI da renda domiciliar per capita do município do Rio de Janeiro foi calculado em 0,62, e o da região da Grande Tijuca em 0,56. O GINI é um parâmetro usado internacionalmente para medir a concentração ou a desigualdade na distribuição de renda de um país ou localidade. Ele indica a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1. O valor 0 representa uma situação de total igualdade onde todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa a completa desigualdade de renda, isto é, uma só pessoa detém toda a renda do lugar. Assim, tanto o município, quanto a região da Grande Tijuca demonstram uma alta concentração de renda, mas o GINI da Grande Tijuca indica que, nesta parte da cidade, a concentração de renda é levemente inferior à do restante do município (PNUD; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, [s.d.]).

Entende-se, portanto, que a AP 2.2, localidade onde a pesquisa foi realizada, é uma região de alto padrão de desenvolvimento, com alta concentração de renda, porém também com alta desigualdade de distribuição econômica entre seus habitantes.

A razão da escolha dessa área foi a existência de uma parceria educacional-técnico-assistencial entre SMSDC-RJ e UERJ, que vem transformando a região num “distrito-escola”, onde acadêmicos da UERJ desenvolvem ações-piloto de integração ensino-serviço e projetos de inserção de SM na APS.

Figura 1 - Mapa da área programática



Fonte: Google image.

### 2.1.3 Cenário assistencial

A pesquisa de campo aconteceu na Área Programática 2.2 do Rio de Janeiro, entre maio e julho de 2013. Diferentemente de outros locais do país, o Município do Rio de Janeiro experimentou uma expansão significativa da ESF somente a partir de 2009, quando a cobertura era de 3,5% de sua população, a mais baixa entre as capitais, atingindo mais de 40% dos cariocas no final de 2013 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Assim, no período da pesquisa conviviam dois modelos assistenciais (SILVA JÚNIOR, 1988):

- Tradicional - atenção focada em doenças ou grupos etários e unidades organizadas por especialidades médicas (clínica-médica, ginecologia, pediatria, psiquiatria). Compreende Centros Municipais de Saúde e Policlínicas.

- Saúde da Família - atenção organizada segundo os atributos de APS descritos no item “*Atenção Primária como o nível assistencial mais adequado para o cuidado do sofrimento emocional*”, ou seja, porta de entrada, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, foco na família, participação comunitária, e competência cultural. Funciona com equipe multidisciplinar composta por médico de família ou generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários, que tem responsabilidade sanitária pela população de um território adscrito.

Foram escolhidos serviços de oito unidades, sendo quatro deles de cada modelo.

#### 2.1.4 Público-alvo

Pacientes foram o grupo alvo deste estudo. Foram abordadas pessoas que aguardavam atendimento na sala de espera de consultórios de clínica médica de unidades básicas de saúde, assim como de unidades de saúde da família.

Foram definidos como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, com no mínimo 18 anos de idade. E, como critério de exclusão: ser portador de diagnóstico de quadro psicótico, de dependência química ou de algum tipo de comprometimento cognitivo, ou estar em tratamento em unidades especializadas (ambulatório de saúde mental e CAPS).

#### 2.1.5 Instrumento utilizado

Segundo mencionamos na seção “*Considerações sobre os métodos e o desenho da pesquisa*”, o instrumento selecionado como referência metodológica foi o protocolo qualitativo McGill MINI Narrativa de Adoecimento (GROLEAU; YOUNG; KIRMAYER, 2006). Embora este protocolo tenha sido originalmente elaborado para ser utilizado em entrevistas em profundidade, criamos, para esta pesquisa, uma adaptação do instrumento que levou em conta sua utilização na coleta de dados via grupos focais. Uma vez que este estudo

tinha um caráter exploratório, cogitamos que grupos focais permitiriam privilegiar a quantidade e a variedade de narrativas a fim de propiciar a familiarização com o assunto pesquisado. Entretanto, essa forma inusitada de utilização impôs a criação de um roteiro adaptado mais breve e focado do que o protocolo original. Além disso, o recrutamento em sala de espera, enquanto as pessoas aguardavam atendimento na unidade de saúde, corroborava a necessidade operacional de se criar um roteiro de perguntas mais enxuto.

Por isso, dentre as cinco seções do protocolo original, o roteiro adaptado concentrou-se especificamente em aspectos de duas seções do MINI que apresentavam maior afinidade com os objetivos desta pesquisa: a seção “Narrativa de Modelo Explicativo” e a seção “Serviços e Resposta ao Tratamento”. Assim, foi estruturado um roteiro com duas dimensões de investigação: a percepção sobre o SE e a percepção sobre o cuidado ao SE.

O modelo do roteiro criado e utilizado nos grupos focais encontra-se disponível no Apêndice H.

#### 2.1.6 Coleta de dados

A coleta dos dados apoiou-se em técnicas de grupo focal anteriormente mencionadas, tais como: a presença de um moderador para facilitar o grupo, um roteiro de entrevista com perguntas norteadoras da discussão, e a motivação de interação entre os participantes.

Para dar início à coleta de dados nos grupos focais, o convite aos pacientes foi feito em voz alta a todos que aguardavam consulta na sala de algum clínico geral ou médico de saúde da família, quando eram informados dos objetivos e de que poderiam deixar o grupo a qualquer instante. Alguns deles recusaram-se a participar, com medo de perder a sua consulta, e aqueles que concordaram foram convidados a reunir-se num círculo a fim de formar um continente grupal que possibilitasse o diálogo em meio à circulação de pessoas na sala de espera. Pela falta de assentos numa unidade, dois grupos permaneceram de pé.

Os grupos foram conduzidos pelo moderador e acompanhados por um observador. A partir do roteiro com perguntas disparadoras (Apêndice H), os participantes dos grupos foram estimulados pelo moderador a trocar ideias e discuti-las. Para fins de registro, os grupos foram gravados em áudio, o que se justifica por duas razões: primeiro, porque facilita a reprodução exata dos depoimentos e segundo, porque libera o moderador do grupo da obrigação de fazer anotações, permitindo-lhe, portanto, concentrar sua atenção na fala dos investigados. Além



das gravações, o observador tomou notas. Posteriormente os dados foram transcritos, juntamente com as anotações de campo do observador complementadas por eventuais notas do moderador.

Foram realizados dois grupos focais pilotos para testar o roteiro e o manejo de grupo focal pelo moderador e pelo observador. Uma vez que tais pilotos não acarretaram alterações significativas no roteiro, foram, então, incluídos nesta análise. No total, foram realizados oito grupos focais (incluindo os dois pilotos), que tiveram tamanhos distintos, variando entre três e nove participantes, de acordo com o movimento do atendimento médico e os interessados em participar, somando 54 participantes. Cada grupo teve duração média de 30 a 40 minutos.

Não obstante a pesquisa ter sido realizada em salas de espera, onde havia um considerável movimento de gente, o que, aparentemente, poderia não constituir um ambiente que oferecesse privacidade para a exposição pessoal, os participantes não se furtaram em fornecer relatos, por vezes, até bem íntimos. Esse fato indicou que, mesmo diante de condições precárias para a realização da pesquisa, foi possível estabelecer um bom *rapport* com os participantes, oferecendo-lhes uma atmosfera de suficiente segurança para ficarem à vontade e revelarem informações muito particulares a respeito de seu SE e seu cuidado.

#### 2.1.7 Análise de dados

De acordo com o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), os dados coletados foram devidamente transcritos, codificados, categorizados, e posteriormente analisados, seguindo as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. O *corpus* documental composto pelas transcrições e observações foi sistematizado e organizado segundo regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Após leitura repetida, reuniram-se temas afins e, a partir do agrupamento destes, criaram-se categorias de análise. Finalizou-se interpretando os resultados.

Nos trechos das falas apresentadas, os participantes são identificados por “P” (participante) + número do participante + “G” (grupo) + número do grupo. Os grifos destacam aspectos relevantes.

Os dados foram coletados separadamente, segundo os dois modelos assistenciais. Entretanto, ao longo da pesquisa de campo, nos deparamos com significativas mudanças institucionais em andamento, uma vez que o modelo assistencial tradicional de APS, organizado por especialidades médicas, estava sendo progressivamente substituído por equipes de Saúde da Família, e três dos serviços selecionados estavam em fase de transição técnico-assistencial com a implantação de novas equipes de saúde. Por isso, julgou-se inadequado e inoportuno comparar os resultados entre os modelos, passando-se a analisá-los agregadamente.

#### 2.1.8 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UERJ (CAAE: 0073.0.228.000-10) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 0252.0.314.000-10), e avalizado pelo Comitê de Ética do IMS/UERJ.

Conforme as normas éticas de pesquisa, todos os participantes foram solicitados a preencher e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja cópia cada um recebeu em seguida, tendo sido preservado seu anonimato. O modelo de TCLE utilizado encontra-se disponível no Apêndice I.

Houve apoio do Edital CNPq Universal (no.43137/2014-5), e das bolsas FAPERJ (TCT-5 no. E-26/102.610/2012) e CNPq (Doutorado no. 140379/2014-2) e CAPES (Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior no. 88881.132286/2016-01).

## **2.2 Método 2: estudo teórico-conceitual sobre “acesso” e “*treatment gap*”**

Continuando a exposição de nosso percurso metodológico, nesta seção, descrevemos a revisão bibliográfica teórico-conceitual que foi o segundo método usado na elaboração desta

tese. Por considerarmos esclarecedor, apresentamos o contexto em que foi realizada, detalhamos o processo do levantamento bibliográfico, bem como informamos as fontes e as estratégias de busca utilizadas.

### 2.2.1 Contexto da revisão bibliográfica

Conforme mencionado na abertura deste capítulo, após analisar os dados dos grupos focais referentes à percepção de pacientes sobre o SE e seu cuidado, identificamos a necessidade de conhecer mais profundamente o conceito de “acesso” no contexto brasileiro, a fim de incrementar a discussão dos resultados do estudo empírico feito na Área Programática 2.2. Percebemos, porém, que a inquietação surgida naquele momento assemelhava-se àquela sentida desde o início do doutoramento, que foi se repetindo à medida do avançar do curso, e se tornou ainda mais forte, sobretudo após termos participado da elaboração do artigo “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da saúde mental global: uma revisão integrativa” (MENEZES et al., no prelo). Durante este estudo, desenvolvemos um pouco mais de clareza a respeito das discussões do campo da SMG e identificamos uma diferença significativa no formato discursivo entre a literatura nacional de SM e a internacional de SMG. Apesar de haver uma afinidade discursiva no que se refere ao reconhecimento da necessidade de expandir a oferta de cuidados de SM e à reivindicação de ampliação o acesso à SM, enquanto em sua argumentação a literatura nacional emprega principalmente o termo “acesso”, salvo em publicações cujas características assemelham-se às da SMG, a literatura internacional confere bastante destaque ao termo “*treatment gap*”.

Em função disso, partimos para a preparação da revisão bibliográfica ora apresentada, a qual foi efetuada em dois momentos bem diferentes do curso do doutorado e do próprio engajamento analítico com o campo da SMG. Um desses momentos ocorreu logo no começo do curso, bem nos primórdios da realização desta tese, quando ainda estávamos no processo de aproximação do campo de pesquisa e buscávamos justamente explorar os sentidos atribuídos ao termo “acesso”. Naquela ocasião, o objetivo de melhor compreender este termo nos levou a fazer uma revisão bibliográfica, a qual foi, então, retomada e, mais recentemente, já ao final do curso, complementada com novas buscas bibliográficas para o termo “*treatment gap*”.

### 2.2.2 Procedimento do levantamento bibliográfico

Efetuada em momentos distintos, o levantamento bibliográfico utilizou bases de dados diferentes e seguiu procedimentos ligeiramente diferenciados. No caso do termo “acesso”, tendo em vista que o cenário de nosso estudo empírico é o contexto brasileiro optamos em pesquisar o acesso particularmente na literatura nacional e, por isso, consultamos a base LILACS através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como estratégia de busca, usamos, primeiramente, apenas o descritor “acesso” e, em seguida, a dupla “acesso + saúde mental”. Mais adiante ainda, identificamos produções adicionais, a partir das referências listadas nos artigos selecionados. As buscas foram realizadas entre abril e junho de 2014.

Quanto ao termo “*treatment gap*”, levando em conta que o mesmo é empregado primordialmente na literatura internacional, como campo principal de investigação bibliográfica, selecionamos os seis artigos da série LANCET de 2007, vistos como as publicações fundadoras e propagadoras da SMG, e demos início ao trabalho analisando como o termo foi empregado diretamente no próprio corpo desses artigos.

Para fins complementares, num segundo momento, fizemos um levantamento bibliográfico na base MEDLINE através da interface de busca PUBMED. Nesse caso, as buscas bibliográficas ocorreram em abril de 2018. Partindo de uma estratégia de busca bastante ampla, as consultas passaram por um processo de refinamento até que chegássemos a uma estratégia que gerasse resultados bem específicos e tivéssemos obtido um grupo de artigos altamente pertinentes. As palavras-chave “*treatment gap*” e “*mental health*” foram utilizadas em diferentes campos: no texto completo, no resumo e apenas no título, conforme demonstrado no Quadro 4. Dentre os 36 artigos encontrados na quarta consulta, apenas um foi excluído, por desviar-se completamente do foco pretendido.

Num terceiro momento, adicionamos outros artigos de que tomamos conhecimento anteriormente por intermédio das disciplinas de SMG oferecidas no próprio IMS/UERJ. Apesar de não compreendermos porque tais artigos não apareceram nas consultas realizadas na MEDLINE/PUBMED, os mesmos foram incluídos, já que atendiam aos critérios de inclusão – isto é, tinham a presença dos termos “*treatment gap*” no campo do título e “*mental health*” nos campos do título ou do resumo.

Quadro 4 - Estratégias de busca bibliográfica com o termo “*Treatment Gap*”

<b>Consulta no.</b>	<b>Estratégias de Busca na base MEDLINE</b>	<b>Quantidade de artigos identificados</b>
1	"Search ((( <i>"treatment gap"</i> [Title/Abstract]) OR <i>"treatment gap"</i> [Text Word]) AND <i>"mental health"</i> [Title/Abstract]) OR <i>"mental health"</i> [Text Word]"	158.214
2	"Search <i>treatment gap</i> "	34.844
3	"Search ( <i>"treatment gap"</i> [Title/Abstract]) AND <i>"mental health"</i> [Title/Abstract]"	218
4	"Search ( <i>"treatment gap"</i> [Title]) AND <i>"mental health"</i> [Title/Abstract]"	36

Fonte: A autora, 2018.

Após a devida identificação das referências nas bases LILACS/BVS e PUBMED/MEDLINE, os resumos dos artigos foram analisados segundo critérios de pertinência e adequação à temática. O processo continuou com a recuperação dos artigos na íntegra via Portal CAPES e *Scielo*, e foi finalizado com a leitura completa dos mesmos.

### 2.2.3 Síntese dos métodos empírico e bibliográfico

A título de resumo, no Quadro 5 apresentamos uma síntese das principais características dos métodos que nortearam esta pesquisa.

Quadro 5 – Síntese dos métodos

Método 1: grupos focais	Local do estudo	Serviços de APS, contemplando unidades básicas de saúde e de saúde da família da AP 2.2 (Grande Tijuca)
	Público-alvo	Pacientes em sala de espera de serviços de APS
	Coleta de dados	Grupo focal
	Instrumento	Roteiro criado a partir do protocolo McGill MINI Narrativa de adoecimento
	Interpretação dos dados	Análise de conteúdo segundo Bardin
Método 2: revisão bibliográfica	Conceito de acesso	Consulta à base BVS com os termos “acesso” + “saúde mental”
	Conceito de <i>treatment gap</i>	Consulta à base PUBMED/MEDLINE com os termos “ <i>treatment gap</i> ” no título + “ <i>mental health</i> ” no título ou resumo

Fonte: A autora, 2018.

### 3 RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO E DO ESTUDO TEÓRICO-CONCEITUAL

Este capítulo traz os dois produtos desta tese, cujos resultados são frutos dos dois métodos empregados. Enquanto o primeiro concentra-se nos dados advindos do trabalho de campo empírico, o segundo focaliza nas informações geradas a partir do estudo teórico-conceitual. Portanto, a exposição dos resultados está dividida em duas seções.

Na primeira seção, explanamos os resultados da pesquisa empírica sobre a percepção de pacientes sobre o SE e seu cuidado na APS, apresentando as categorias que emergiram da análise dos grupos focais, ilustradas por trechos das falas dos participantes.

Na segunda seção, comunicamos os resultados oriundos do estudo teórico-conceitual englobando a análise tanto do termo “acesso” utilizado na literatura brasileira, quanto do termo “*treatment gap*” empregado na literatura mundial da SMG.

#### 3.1 Resultado 1: estudo empírico com grupos focais

Nesta seção, expomos as categorias de análise encontradas a partir da pesquisa com grupos focais sobre o SE e seu cuidado na APS.

##### 3.1.1 As categorias de análise encontradas

Analisando a percepção do paciente em relação ao SE e seu cuidado emergiram as seguintes categorias gerais: 1) *explicação do sofrimento*; 2) *comunicação do sofrimento ao médico*; 3) *comunicação da estruturação do cuidado*; 4) *comunicação do sofrimento no contexto assistencial*. Uma quinta categoria transversal, denominada *Facilitadores e*

*Barreiras ao Cuidado*, permeou as categorias 2, 3 e 4 e, portanto, será apresentada junto com as mesmas.

### 3.1.1.1 Categoria: explicação do sofrimento

A forma mais comum dos pacientes explicarem o SE consistiu de falas contando situações cotidianas e vivências psicossociais em que as causas do SE eram atribuídas a circunstâncias difíceis (doenças, conflitos, desemprego, problemas financeiros e perdas):

*Tá todo mundo com pressão alta diabetes, os sintomas que eu tenho, todo mundo tem, por quê? Porque a vida tá muito complicada, financeiramente tá todo mundo com problema. É filho desempregado, é filho doente [...] fico com a cabeça a mil [...], você não sabe o que vai fazer. Eu me sinto fraca do nada, eu caí no chão. Tudo no corre-corre da vida. P1G7*

Como característica marcante das narrativas, surgiram relatos entrelaçando sintomas orgânicos, estado mental e problemas psicossociais, e reiterando a conexão entre sofrimento físico e emocional:

*Eu não durmo de jeito nenhum. Os problemas da vida, de filhos, de neto, financeiros pioraram. E eu não consigo dormir e tomo rivotril. P1G7*

*Camínham juntos. Você tando doente interfere no seu emocional. Isso daí ou vice-versa. P1G1*

Ao discorrem sobre o SE, os pacientes automaticamente citaram estratégias de enfrentamento para lidar com seu problema. Trabalho, família e rede de amigos que haviam aparecido como causas de SE, foram igualmente caracterizados como fatores protetores:

*Você tem que ter uma ocupação e também uma família com uma estrutura, que te compreenda. Importantíssimo, a família, uma amizade sincera [...] ajuda em muita coisa! Porque lá fora você tem que ter uns amigos que te ouve. Tudo isso faz parte do tratamento. Não só você vir ao médico e ele te dar um remédio. P1G1*



### 3.1.1.2 Categoria: comunicação do sofrimento ao médico

Apesar de saberem explicar seu SE, para comunicá-lo os pacientes encontraram barreiras e facilitadores que envolvem percepções relacionadas a suas crenças, atitudes do profissional e contexto do atendimento. Dificultaram a comunicação, crenças do paciente sobre a adequação de falar sobre o SE e a convicção de que o médico não pode ajudar:

*Não sei se a gente pode ocupar o tempo do médico com tanta coisa que a gente sente. P3G2*

*[o médico] Não pode fazer nada [pela questão do medo]! Desculpa a expressão, mas quem vai se fuder, sou eu mesmo! Nem médico, nem psicólogo, nem psiquiatra. Quem tem que perder esse medo sou eu. P5G2*

A crença de que exames e remédios são os únicos assuntos dignos de serem discutidos com o médico é outro empecilho para a comunicação:

*Não sou muito de falar com o médico, isso é um problema. Porque eu vou tratar de uma determinada coisa: exames, remédios. Aborrecimentos no trabalho que me deixam alterado, me desgastam muito, eu não falo porque não levo meus problemas pessoais para determinada pessoa. Mas por ser um médico, podia me abrir. P4G4*

O nível de gravidade do SE é um facilitador da comunicação espontânea. Por outro lado, a crença de que o paciente só deve falar do SE ao ser questionado pelo médico é uma barreira:

*Não [falo]. A não ser que seja alguma coisa muito séria que tenha te levado a um extremo. Não sendo isso, você não comenta esse tipo. Você quer chegar, quer ouvir o que o médico tem a te oferecer pra você melhorar, e não falar de problemas [...] a não ser que você fosse chamado pra falar sobre isso. Eu não vejo assim como chegar e você se abrir com o médico em relação a isso. P3G5*

Quanto às barreiras atribuídas à atitude do médico, foi citada a falta de abertura para escutar o SE:

*Porque a doença já te deixa um quadro meio complicado, a medicação te deixa também emocionalmente assim com um monte de sequelas, você fica meio afetado. Às vezes, você não tem com quem conversar [...] Mas aqui [no serviço] ainda não consegui ter essa abertura de conversa. P1G1*

Ser irônico, mudar de assunto, fazer uma prescrição ou sugerir agendamento com psicólogo, são atitudes do médico percebidas como sinais de evitação da comunicação:

*Não [falo], quando vai conversar, eles já mudam de assunto: “Vai pra casa, minha filha”. P7G3*

*A primeira coisa que eles fazem é passar calmante pra você se acalmar, relaxar mais. Já ouvi de um médico: “você não quer conversar? Marca uma consulta com o psicólogo”. P4G8*

A atitude de desvalorização das queixas físicas é outra barreira percebida como sinal de que o médico não está disposto conversar sobre SE:

*Se quando a gente chega num atendimento fala uma coisa grave, uma dor de cabeça forte, uma dor no corpo, eles olham assim, eles tentam imaginar uma coisa, acham que a pessoa tá até enganando. Imagina se a gente chega assim, ele simplesmente vai pensar: “Poxa, eu aqui cheio de gente pra ser atendida em estado mais grave e vem um paciente aqui pra falar de sofrimento”. P2G3*

### 3.1.1.3 Categoria: comunicação da estruturação do cuidado

A forma como o tratamento é proposto estimula ou inibe a comunicação. Combinadas com a intervenção farmacológica, as recomendações de cunho psicossocial, como fazer atividades prazerosas e fortalecer vínculos sociais, foram percebidas como ajuda pelos pacientes:

*Ele fala pra eu caminhar, conversar com as pessoas, dá remédio. P5G1*

*Ela [médica] me ajuda com várias coisas, falando pra mim sair, conversar, porque fico muito dentro de casa [...] Ela fala pra sair, olhar a rua, conversar, trocar ideia, mesmo em casa com o marido, a filha. P6G1*

Por outro lado, os pacientes reclamaram quando a intervenção medicamentosa não foi acompanhada de diálogo em torno das circunstâncias do SE:

*Quando estou muito ansiosa, agitada, nervosa, o médico: “Ah, vou passar um calmante pra você”. Só que ele não te dá espaço pra ele te perguntar porque você*

*está nervosa, o que é que está fazendo você ficar assim desse jeito... Eles não dão esse espaço porque, se dessem, a gente iria até ficar melhor, né? Aí ia ser um conjunto. P4G8*

A expectativa de dialogarem, serem ouvidos e apoiados pelo médico foi expressa como um ideal de cuidado:

*O que ele [médico] pode fazer, e geralmente faz, é receitar remédio que tenta aliviar a pressão emocional que a pessoa vive. [...] médico pode fazer mais, mas não tem tempo para isso, ele pode fazer o papel de pai, aconselhar alguma coisa. P5G4*

Por fim, percebendo simultaneamente a importância e o limite do acompanhamento médico ao SE, os pacientes apontaram o encaminhamento a especialistas de SM como parte do cuidado médico:

*Passa um determinado tempo, e o médico tendo acompanhado aquele paciente, percebendo que aquela ferida [sofrimento emocional] não fecha, não cicatriza, além de uma prescrição médica, também deve existir um acompanhamento, ele deve encaminhar também pra um psicanalista, pra um psicólogo. P3G3*

#### 3.1.1.4 Categoria: comunicação do sofrimento no contexto assistencial

Ao informar sua percepção sobre o cenário do cuidado médico, os pacientes espontaneamente comentaram sobre o contexto assistencial. Problemas relacionados às condições de trabalho, como escassez de profissionais e lotação dos serviços, representaram barreiras tanto para o médico oferecer uma escuta adequada, quanto para os pacientes exporem seu SE:

*[Não falo] porque já tem uma fila de cinquenta lá fora. É um número pequeno de médicos pra um número tão grande de pessoas. P3G3*

*O profissional não vai querer escutar. Acho legal essa parte de escutar, mas muitas vezes o médico não tem tempo pra dar aquela atenção. Ele atende rápido porque às vezes só tem um médico. P2G3*

A sobrecarga de trabalho do médico constitui uma barreira que faz o paciente questionar-se se deve comunicar seu SE:

*Cheguei 11h, fui atendido 17:30h, a médica já estava cansada. Eu vi a médica se queixando que tava atendendo muitas pessoas, tava desgastada. Se a própria médica tava se queixando, como é que eu como paciente vou falar dos meus problemas? P3G5*

Percebendo a sobrecarga como barreira praticamente intransponível, os pacientes declararam ter expectativa que outros profissionais ofereçam escuta ao SE:

*Acho que tipo um médico, ou alguém que queira te ouvir ou um profissional que queira te ouvir sobre isso, não a clínica médica. Não o médico. Seria o psicólogo, um assistente social, algo desse tipo que esteja preparado pra te ouvir. Não o médico que está sobrecarregado, sabe, que teve que parar, almoçar correndo pra me atender. Esse médico não está preparado para ficar ouvindo os problemas da gente. P3G5*

Quanto ao impacto das condições dos serviços, a falta de atendimento é uma barreira para a comunicação do SE que piora a aflição emocional já existente:

*Me atrapalha muito por causa do meu trabalho [...] doença atrapalha mesmo tudo. O sistema imunológico fica abalado. Você fica em casa, fica irritada, você não trabalha, fica irritada. Se você for num lugar se consultar e não conseguir a consulta, não for atendida, você fica mais irritada ainda. P1G2*

Por outro lado, obter acesso à atenção médica é um facilitador do cuidado que gera impacto emocional muito positivo:

*Mexe muito com meu emocional a diabetes e eu já perdi essa visão e eu fico preocupada ao mesmo tempo, assim, eu não sei. Mas aqui eu tô sendo muito bem atendida, graças a Deus. Aqui tô sendo atendida direitinho e isso tá melhorando minha autoestima. P3G2*

### **3.2. Resultado 2: estudo teórico-conceitual sobre “acesso” e “treatment gap”**

Esta seção traz o segundo produto desta pesquisa, isto é, os resultados da análise teórico-conceitual, realizada a partir da revisão bibliográfica sobre os termos “acesso” e “treatment gap”.

Recapitulando a explicação fornecida na seção “*Método 2: Estudo teórico-conceitual sobre ‘acesso’ e ‘treatment gap’*”, do capítulo “*A Metodologia e sua Aplicação*”, a análise dos grupos focais apontou a necessidade de desenvolvermos um instrumental teórico-conceitual pertinente para auxiliar a discussão dos dados encontrados, a qual nos exigia melhor entendimento teórico do conceito de acesso. Paralelamente ao surgimento desta necessidade, percebemos que o discurso da SMG está ancorado na premissa do aumento do acesso aos cuidados de SM, na qual o conceito do acesso assume centralidade. Esse fato que, por si só, já justificaria um estudo sobre esse termo, acabou reforçando a necessidade identificada ao término da análise dos dados dos grupos focais.

Além disso, notamos que o discurso da SMG em torno do aumento de acesso, recorre com frequência ao uso do termo “*treatment gap*”, motivo que não só corroborou nossa intenção de estudar o conceito de acesso, mas também nos levou a expandir tal estudo e igualmente examinar este outro termo. Com esta finalidade, empreendemos uma revisão bibliográfica, cujos resultados passamos a expor em seguida.

### 3.2.1. O conceito de acesso

*O acesso é a ponte entre o cidadão e os serviços de saúde. Ela tem que ser construída de modo a permitir a ligação entre as duas margens, sem obstáculos (SANTOS; ANDRADE, 2012, p. 2878).*

A revisão bibliográfica com os termos “acesso” e “saúde mental” resultou na identificação de uma série de artigos (Apêndice J) que agrupamos de duas maneiras: uma quanto ao setor de saúde abordado, e outra quanto ao foco de análise abordado pelo autor. No que tange ao setor de saúde, encontramos alguns artigos sobre SM na APS, porém grande parte referia-se aos serviços e dispositivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que não abordaremos, uma vez que não são exatamente o foco desta pesquisa. Em relação ao foco do autor, identificamos ensaios destinados a estabelecer discussões teóricas e definições conceituais, e outros artigos de caráter empírico, que enfocavam questões pragmáticas do processo de acesso, fosse tratando das políticas, fosse tratando das práticas de saúde. Por uma

opção analítico-metodológica, nesta seção, nos apoiamos nos ensaios teóricos identificados para estabelecer uma análise teórico-conceitual do acesso aos serviços de saúde, a qual, no próximo capítulo, intitulado “*Análise dos dados conceituais e empíricos*”, será utilizada para sustentar a discussão dos dados empíricos.

Ao vivenciar algum problema de saúde a pessoa afetada, geralmente, toma a iniciativa e se responsabiliza por estabelecer o contato com os serviços de saúde, enquanto que os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Logo, o acesso expressa o processo de adentrar o sistema de saúde e constitui sua porta de entrada. Em função disso, a importância da acessibilidade às práticas assistenciais justifica-se na medida em que, ao acessar uma unidade de saúde, a pessoa estabelece seu primeiro contato com o conjunto de ações e serviços do sistema de saúde.

Santos e Andrade (2012, p. 2876) explicam que:

O termo acesso, por ser polissêmico e não uníssono, exige reflexão quanto à gama de interpretação que lhe empresta a doutrina sanitária que reconhece a sua multifacetação e as conseqüentes dificuldades do acesso aos serviços de saúde exatamente em razão das mais diversas variáveis que devem ser consideradas pelos agentes públicos na organização dos serviços.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Porém, a oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). Considerando que a finalidade de um sistema de saúde é atender às necessidades e demandas da população por meio da prestação de serviços, torna-se importante pensar nas condições de acesso que a população tem às unidades de saúde, pois “não tem sentido possuir pessoal, instalações e equipamentos se não puderem ser utilizados por pessoas que deles necessitem” (STARFIELD, 2002, p.57).

A atenção ao primeiro contato envolve a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema que impele as pessoas a buscarem atenção à saúde. Independentemente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, a atenção ao primeiro contato só é efetivada quando seus usuários em potencial a percebem como acessível. Alguns elementos estruturais definem o potencial do sistema de saúde, enquanto elementos processuais transformam esse potencial em desempenho do sistema; daí porque os elementos estruturais devem estar relacionados aos elementos processuais. No caso da APS, os quatro elementos estruturais que a definem são: acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. E, para traduzir o potencial em desempenho, é preciso haver o reconhecimento de problemas de saúde

(necessidades) por parte dos profissionais dos serviços de saúde, e ocorrer o processo de utilização dos serviços por parte da população (STARFIELD, 2002).

A acessibilidade envolve a localização do estabelecimento próximo da população à qual atende, os horários e os dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe o grau de conveniência destes aspectos da acessibilidade (STARFIELD, 2002, p.60). [...] Na atenção primária, o acesso deve ser universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas de saúde antes de buscarem atendimento (idem, p. 65).

No artigo “Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde”, Travassos e Martins (2004, p. s191) afirmam que “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”. Esclarecem que alguns autores utilizam o termo “acessibilidade” focando na ideia da qualidade daquilo que é acessível, enquanto outros empregam a terminologia “acesso” concentrando-se na ideia do ato de ingressar, entrar no sistema, e outros usam ambos para designar o grau de facilidade com que as pessoas conseguem usufruir da assistência em saúde.

Travassos e Martins (2004) descrevem nuances de diferentes referenciais teóricos. De acordo com as pesquisadoras, Donabedian definiu “acessibilidade” como a capacidade do sistema de saúde de produzir serviços e responder às necessidades da população, sugerindo que a acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos, estando relacionada a fatores que facilitam ou dificultam o uso pelos usuários. Há duas dimensões da acessibilidade que se interrelacionam, sendo uma geográfica e outra sócio organizacional, a qual envolve fatores como políticas formais ou informais que orientam a atuação dos serviços (DONABEDIAN, 1973). Frenk é outro autor que utiliza esse termo (FRENK, 1985), para quem, segundo as pesquisadoras, “acessibilidade” designaria “a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”)” (FRENK, 1985 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.S193). A resistência pode ter caráter ecológico, financeiro e/ou organizacional, ao passo que o poder da população é discriminado em poder de tempo e de transporte, de poder financeiro e de lidar com a organização. Nenhum dos dois componentes – resistência e poder de utilização da população – define o grau de acessibilidade, mas sim a relação entre eles.

Quanto à terminologia “acesso”, Travassos e Martins (2004) relatam que, inicialmente, Andersen adota o termo e o define como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que abrange da entrada no serviço

de saúde e à continuidade do tratamento (ANDERSEN, 1995). Entretanto, posteriormente, a definição passa a incorporar a etapa de utilização de serviços de saúde, tornando-se um conceito multidimensional, composto por dois elementos. Um deles é o “acesso potencial”, que se refere aos fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso (fatores capacitantes), e que representam apenas um subconjunto dos fatores que explicam o acesso efetuado (uso). O outro elemento é o “acesso realizado”, que se refere à utilização de fato dos serviços, a qual é influenciada por outros fatores além dos que explicam o acesso potencial, como necessidades de saúde, fatores predisponentes e fatores contextuais. Nas últimas versões, o termo passa a incluir os “efeitos dinâmicos e recursivos do uso de serviços na saúde” (idem, p. S192), abarcando conceitos de “acesso efetivo”, resultante do uso de serviços que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços, e de “acesso eficiente”, resultante do grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos. Assim, o termo “acesso” evolui de uma acepção puramente associada às características do serviço para uma compreensão que inclui não só o processo de uso dos serviços, mas contempla principalmente as repercussões da utilização em termos de efetividade e eficiência.

Travassos e Martins (2004) informam que Penchansky e Thomas também adotam o termo “acesso”, cuja definição inclui atributos que não se referem propriamente à oferta, mas sim à relação entre a oferta e os usuários (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Tal definição identifica as dimensões do acesso como: a disponibilidade dos serviços em relação à necessidade das pessoas; a acessibilidade geográfica; o acolhimento, que diz respeito à organização dos serviços para receber as pessoas, e a capacidade destas de se adaptar a essa organização; a capacidade de compra, representada pela relação entre as formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas pagarem; e a aceitabilidade da população em relação aos serviços. Vale notar que, nessa definição, a acessibilidade é tomada como uma das dimensões do acesso.

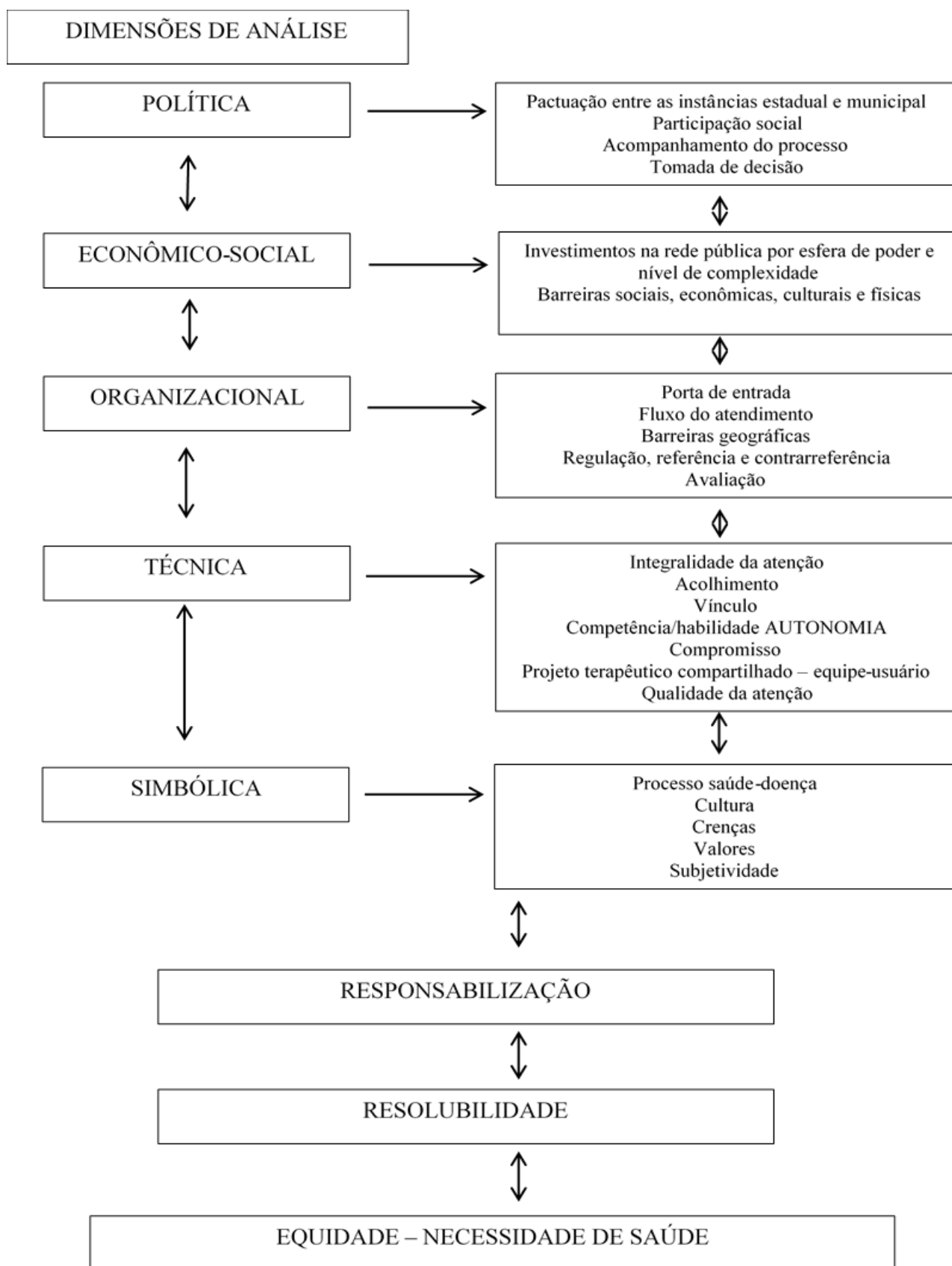
Apesar das divergências entre as diversas abordagens, Travassos e Martins (2004) afirmam que predomina a percepção de que o acesso se relaciona a características da oferta de serviços. O uso de serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele. Fatores individuais predisponentes e contextuais também influenciam o uso. Observa-se uma tendência de ampliação do escopo do conceito de acesso, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços (uso) para os resultados dos cuidados recebidos. O acesso é visto pelo seu impacto na saúde e dependerá também da adequação do cuidado prestado. Por último,



destacam que determinantes da saúde diferem daqueles do uso de serviços e que a utilização de serviços impacta diretamente a doença, mas apenas indiretamente a saúde.

Assim como Travassos e Martins (2004), Assis e Jesus (2012) também analisaram o conceito de acesso nas obras de vários autores (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; GIOVANELLA; FLEURY, 1995; HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000; SPINK, 2007; STARFIELD, 2002; UNGLERT, 1990) e concluíram que diversas abordagens sobre o acesso são utilizadas para a formulação e a implementação de políticas públicas. Tendo em vista essa multiplicidade de olhares, Assis e Jesus (2012) propuseram um modelo multidimensional de análise do acesso, organizado em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica (Figura 2).

Figura 2 - Modelo multidimensional de acesso de Assis e Jesus (2012)



Fonte: Assis e Jesus (2012).

A dimensão política desse modelo é definida da seguinte maneira:

comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde, através do acompanhamento do processo e da tomada de decisão partilhada entre os diferentes sujeitos com representação política com transparência no processo decisório (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2872).

Já a dimensão econômico-social envolve os investimentos na rede pública por nível de complexidade (básico, médio e alta complexidade) e a definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder (federal, estadual e municipal). A dimensão organizacional refere-se à capacidade dos serviços de saúde de oferecer respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Para tanto, é necessário não só estabelecer serviços com base nas demandas epidemiológica, sanitária e social, mas principalmente articular uma rede integrada serviços. É necessário estabelecer uma "porta de entrada" no nível básico da atenção, além de fluxos e processos de atendimento e de regulação de vagas por meio da referência e da contra referência, a fim de garantir o atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Evidentemente, também é preciso garantir o acesso levando em conta a melhor localização geográfica das unidades dentro de cada território social. A dimensão técnica, por sua vez, refere-se à centralidade do usuário no cuidado e à responsabilidade de profissionais e gestores para com a pessoa do usuário, de forma que engloba dispositivos da integralidade da atenção, tais como: acolhimento, vínculo, autonomia da equipe e do usuário, construção de projeto terapêutico. Por fim, a última dimensão de análise do acesso é a dimensão simbólica, que perpassa “o campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais [...]” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2872).

### 3.2.2. O conceito de *treatment gap* ou lacuna de tratamento

A constante reiteração da noção de escassez nas discussões sobre a insuficiente disponibilidade de serviços de SM sustentada pelo uso repetido do termo “*treatment gap*” ou, em português, “lacuna de tratamento”, revela que esse conceito constitui uma formulação central na SMG. No intuito de melhor compreender seu significado, iniciamos esta revisão consultando os artigos da série inaugural da revista Lancet, considerados o marco teórico do

surgimento do campo ora pesquisado, e observamos que a expressão “lacuna de tratamento”, ou simplesmente sua versão reduzida “lacuna”, aparece em quatro dos seis artigos desta série seminal.

No segundo artigo da série Lancet, intitulado “Recursos para a saúde mental: escassez, desigualdade e ineficiência”, Saxena et al. (2007) utilizam o termo “lacuna de tratamento” imediatamente seguido de sua definição. O trecho a seguir mostra que os autores usam o termo para caracterizar e denunciar a situação de carência dos cuidados de SM quando consideradas as necessidades da população:

A escassez de recursos para a SM, a desigualdade no acesso aos serviços e a ineficiência dos mesmos têm consequências, a mais direta é que as pessoas que precisam de cuidados não recebem nenhum. A **lacuna de tratamento** – a proporção daqueles que precisam, mas não recebem cuidados – é muito alta para alguns transtornos mentais. Um em cada três indivíduos com esquizofrenia e outras psicoses não afetivas não recebem tratamento algum. A **lacuna de tratamento** para depressão e distímia, transtorno bipolar, pânico, ansiedade generalizada, e transtornos obsessivos-compulsivos são todas maiores que 50%. O desafio é maior nas regiões em desenvolvimento, havendo a OMS informado que a **lacuna de tratamento** para transtornos graves em países desenvolvidos é de 35-50% e em países de baixa e média renda é de 76-85%. Mesmo para aqueles que recebem algum tratamento, é pequena a proporção que recebe tratamento efetivo e humano. Não podemos escapar de concluir que a maioria daqueles que precisam de cuidados para transtornos mentais não recebem cuidados efetivos. As consequências incluem uma enorme quantidade de deficiências, sofrimento humano e perdas econômicas (SAXENA et al, 2007, p. 886, tradução nossa, grifo nosso).

No artigo seguinte, denominado “Tratamento e prevenção de transtornos mentais em países de baixa e média renda”, Patel et al. (2007) introduzem sua exposição recapitulando a argumentação do artigo anterior sobre a situação de insuficiência de cuidados. Porém, desta vez usam apenas a versão abreviada “lacuna” que, mais uma vez, vem acompanhada de uma breve definição, conforme ilustrado abaixo:

As duas revisões anteriores desta série sobre SMG resumiram como os transtornos mentais são associados a outras condições de saúde, e descreveram a **lacuna** entre as necessidades e os serviços de SM, especialmente em países de baixa e média renda. Nós investigamos se as intervenções para tratar e prevenir os transtornos mentais são suficientemente eficazes e economicamente viáveis para sustentarem a ampliação substancial (scale up) de tais serviços em países de baixa e média renda (PATEL et al., 2007, p. 991, tradução nossa, grifo nosso).

Mais adiante nesse mesmo artigo, os autores referem-se à escassez de cuidados para a esquizofrenia, e utilizam a expressão completa sem o acompanhamento de sua definição, uma vez que a mesma já havia sido fornecida previamente no texto:

Em países de baixa e média renda, onde os recursos para as intervenções de saúde mental são escassos, a **lacuna de tratamento** para a esquizofrenia já é grande porque os sistemas de saúde mental estão ausentes ou mal desenvolvidos e a saúde mental menos priorizada concorrendo com as necessidades de saúde. A ausência de serviços de saúde mental atrasa o tratamento da esquizofrenia, o que, por sua vez, piora os resultados a longo prazo (PATEL et al., 2007, p. 995, tradução nossa, grifo nosso).

No caso da primeira ocorrência do termo no quarto artigo da série, cujo título é “Sistemas de saúde mental nos países: onde estamos agora?” (JACOB et al., 2007), o mesmo aparece em sua versão reduzida disposto num quadro que realça as principais mensagens do texto, e não é usado em relação à falta de tratamento, mas sim associado a outro aspecto. Aqui ele é empregado para salientar a debilidade e as inconsistências dos sistemas de informação de SM existentes em países do mundo afora, segundo mostra este trecho:

A informação sobre os sistemas de saúde mental a nível nacional de cada país só se tornou disponível recentemente, embora ainda tenha substanciais **lacunas** e inconsistências. São necessários esforços para se obterem dados sistemáticos, confiáveis e comparáveis em nível nacional (JACOB et al, 2007, p.1061, tradução nossa, grifo nosso).

Na segunda ocorrência naquele mesmo quarto artigo, o termo aparece apenas no penúltimo parágrafo, e em sua versão completa, acompanhado de sua definição. É utilizado de tal forma que confere a ideia de que todos os recursos que haviam sido enumerados nos parágrafos anteriores estariam subsumidos na lacuna de tratamento, que, então, representaria uma espécie de “conceito resumo” de todas as limitações citadas ao longo da argumentação dos autores. Desse modo, o termo “lacuna de tratamento” é empregado quase como se fosse uma “medida síntese” para arrematar as várias ideias apresentadas na discussão, ao longo da qual Jacob et al. (2007) citam inúmera limitações à oferta de cuidados, tais como: políticas, programas, legislação e profissionais:

[...] tendo em vista as sérias limitações de recursos [enumerados nos parágrafos anteriores] da maioria dos países de baixa e média renda, a **lacuna de tratamento** entre indivíduos que precisam de cuidado de saúde mental e aqueles que realmente o recebem é maior do que nos países de alta renda. Além do mais, a proporção de pessoas nesses países que recebem tratamento humano e baseado em evidências é ainda menor (JACOB et al, 2007, p. 1074, tradução nossa, grifo nosso).

“Aumentar os serviços para transtornos mentais: um apelo à ação” é o título do sexto e último artigo da série. Com autoria do Lancet Global Mental Health Group (2007), seu objetivo é mobilizar um conjunto de atores que inclua, por exemplo, pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, pessoas-chave, formadores de opinião, sociedade civil e possíveis patrocinadores, e convocá-los a desenvolver ações para ampliar significativamente a escala (*scale up*) da oferta de serviços de SM. Tal como no quarto artigo, também dessa vez, o termo é utilizado em sua versão abreviada para apontar tanto a situação de exiguidade de estudos de SM, principalmente nos LMIC, quanto a desigualdade referente à origem geográfica dos mesmos e, em seguida, para discutir as prioridades para a produção de pesquisas nesta área, como se pode ver no trecho adiante:

A pesquisa tem um papel crítico a desempenhar na resposta ao desafio de saúde pública dos transtornos mentais. O desenvolvimento de políticas e práticas de saúde baseadas em evidências em países de baixa e média renda, e o amadurecimento da medicina clínica e da saúde pública ficam atrofiados pelo fato de que apenas 10% da pesquisa médica aborda as necessidades de saúde de 90% da população mundial que vive em países de média e baixa renda. O efeito adverso dessa lacuna é potencialmente maior para a saúde mental, que é fortemente influenciada por fatores socioculturais e cuja prática e evidências atuais dependem das normas de países de alta renda, especialmente da Europa e dos EUA. Três estudos recentes relataram que apenas 3-6% da pesquisa em saúde mental publicada em revistas médicas indexadas e de alto impacto provêm de países de média e baixa renda. De modo geral, os recursos disponibilizados para a pesquisa em saúde mental global permanecem lamentáveis (Lancet Global Mental Health Group, 2007, p. 1245, tradução nossa, grifo nosso).

Consultando as referências bibliográficas dos artigos estudados, notamos que os autores dessas publicações citam o artigo intitulado “*The treatment gap in mental health care*” (A lacuna de tratamento em saúde mental, tradução nossa) (KOHN et al., 2004), que se destacou pela pertinência do título em relação à temática pesquisada. Nele, Kohn et al. (2004) dedicam-se a apresentar uma série de dados para explicar a insuficiência de cuidados voltados para a SM à luz do conceito de lacuna de tratamento, que consiste na:

diferença absoluta entre a prevalência real de um transtorno e a parcela de indivíduos que dele sofrem e recebem tratamento. Alternativamente, a lacuna de tratamento pode ser expressa pelo percentual de indivíduos que requisitam tratamento, mas não o recebem. Estimar a lacuna de tratamento de uma população depende do período de prevalência do transtorno, do período de análise da utilização do serviço e da representatividade demográfica da amostra em relação à população alvo a ser estudada (KOHN et al., 2004, p. 859, tradução nossa).

Kohn et al. (2004) se remetem ao Relatório Mundial da Saúde intitulado “Saúde no Mundo 2001, nova concepção, nova esperança” (WHO, 2001a), emitido três anos antes, e citado na seção “*A Organização Mundial de Saúde construindo a prioridade da saúde mental na agenda global*” como uma publicação na qual a OMS começava a propor uma abordagem de saúde pública para a SM.

No intuito de comparar a definição estabelecida por Kohn et al. (2004) com a de outros autores, recorreremos ao artigo intitulado “*Treatment Gap*” (KALE, 2002). Apesar de este ser voltado para epilepsia, seu autor afirma que o conceito de lacuna de tratamento é válido para todas as doenças, ratificando nossa decisão de analisá-lo. Além dessa razão, o autor dedica boa parte de sua publicação a apresentar uma definição teórica a respeito do conceito e a explicá-lo didaticamente de forma clara:

o número de pessoas com um adoecimento, doença ou transtorno que requeira tratamento, mas que não o recebem (expresso em porcentagem). Isso pode ser usado como medida de resultado nos cuidados de saúde. É relativamente fácil de calculá-la e [essa informação] é mais relevante para os provedores de serviços de saúde do que apenas a informação da prevalência de epilepsia. A lacuna de tratamento é muito alta na maioria dos países em desenvolvimento. [...] A ideia de uma "lacuna" pode

ser aplicada a outras áreas dos cuidados de saúde. Assim, pode haver uma lacuna de diagnóstico (falência em diagnosticar todos os pacientes com uma doença) e uma lacuna de investigações (falência em fornecer as investigações necessárias para diagnosticar ou manejar um adoecimento). A lacuna de tratamento pode ser dividida ainda mais. Assim, a lacuna cirúrgica indica as pessoas com uma doença que não conseguem fazer o tratamento cirúrgico de que necessitam. [...] (KALE, 2002, p. 31, tradução nossa).

Que o próprio autor resume da maneira abaixo:

Em essência, a lacuna do tratamento é sobre pessoas doentes que não recebem a atenção médica de que precisam e as razões para isso. Precisamos definir o termo, padronizar os métodos para estimar a lacuna, encontrar as razões para isso, e usá-la formalmente como medida de resultado dos cuidados de saúde (KALE, 2002, p. 31, tradução nossa).

Avançando na explicação teórica, Kale (2002) esclarece que a lacuna pode ser medida de duas maneiras: direta ou indiretamente. O método direto é geralmente utilizado em estudos de prevalência. Nesse tipo de método de pesquisa, verificam-se quantos dos casos detectados com uma doença não estão recebendo o tratamento recomendado. Também é possível fazer a medida ao se verificar quantas pessoas foram aconselhadas a fazer determinado tipo de tratamento, mas não o seguiram ou o descontinuaram. Isso fornece uma noção adicional referente à não adesão ao tratamento na contabilização da lacuna de tratamento (KALE, 2002).

Já o cálculo pelo método indireto utiliza dados de prevalência e informação sobre a quantidade total dos fármacos adequados para certa doença disponíveis num país em um ano. Os dados de prevalência informam a quantidade de pessoas com certa doença no país ( $n_1$ ), enquanto os dados dos medicamentos disponíveis são usados para calcular o número de pessoas ( $n_2$ ) que podem ser tratadas com monoterapia em dose adulta padrão durante um ano. A equação  $n_1 - n_2 / n_1 \times 100$  resulta na lacuna de tratamento em forma de percentagem. Se a prevalência não for conhecida, a prevalência padrão de 5 por 1.000 pode ser usada para encontrar  $n_1$ . De fato, o método indireto é uma medida bruta que também deve ser validada comparando-se seus resultados com aqueles obtidos pelo método direto. Porém, é um cálculo fácil, conveniente e pode ser repetido anualmente para monitorar as reduções na lacuna (KALE, 2002).

Kale (2002) ensina que, independentemente do tipo de doença considerada, vários motivos podem levar à existência de uma lacuna de tratamento, incluindo a história natural da doença, fatores relacionados ao próprio paciente, deficiências no serviço de saúde, fatores econômicos e sociais, e outros. Para sintetizar sua explanação, apresenta um quadro listando as possíveis causas, abaixo reproduzido (Quadro 6).

Quadro 6 – Algumas causas da lacuna de tratamento

História natural da doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase assintomática de doenças (câncer, epilepsia)</li> <li>• Doenças geralmente sem sintomas (hipertensão, diabetes)</li> </ul>
Fatores relacionados à pessoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo explicativo de doença da pessoa (exemplo: a epilepsia deve-se a causas divinas; portanto, procure tratamento divino)</li> <li>• Comportamento de busca de tratamento dos indivíduos (autonegligência)</li> </ul>
Deficiências no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indisponível, ausência de seguro de saúde</li> <li>• Desorganizado</li> <li>• Drogas não disponíveis por qualquer motivo</li> <li>• Médico erra o diagnóstico</li> </ul>
Fatores econômicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custo do tratamento</li> </ul>
Fatores sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O estigma desencoraja a procura de tratamento (epilepsia, problemas mentais)</li> </ul>
Outras causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas desconhecidas devido à falta de pesquisa</li> </ul>

Fonte: Kale (2002, p. 32, tradução nossa).

O autor finaliza sua exposição sugerindo que os estudos de prevalência incluam a avaliação da lacuna de tratamento e que essa informação seja usada como uma medida de desfecho dos cuidados de saúde. Além disso, defende que as causas da lacuna devem ser identificadas através da realização de estudos qualitativos do comportamento das pessoas adoecidas e seus cuidadores. Para ele, apenas assim será possível endereçar as causas com uma abordagem baseada em evidências.

Analisamos que, tanto de acordo com Kale (2002), quanto com Kohn et al. (2004), a expressão “lacuna de tratamento” significa a diferença entre a quantidade de pessoas com necessidade de algum tipo de assistência e a oferta de tratamento disponibilizada pelo sistema de saúde, consistindo no resultado de uma equação matemática. Trata-se, portanto, de um termo bem delimitado, cujo significado emerge de uma medida calculada matematicamente e expressa em número percentual. Sendo uma métrica, o termo aporta uma concepção que resume – e representa – num dado quantitativo, o panorama circunstancial dos serviços de saúde. Ao ser adotado na SM, este termo realiza uma operação conceitual que permite reduzir toda a realidade conjuntural e circunstancial dos cuidados disponíveis a uma simples medida



objetiva. Neste sentido, é como se a carência dos serviços fosse materializada pelo conceito da lacuna de tratamento.

Segundo os artigos analisados, além de ser empregado em relação à situação da oferta de tratamento, o termo “lacuna” é igualmente utilizado na literatura da SMG para remeter à fragilidade de outros elementos relativos à atenção de SM, como, por exemplo, a quantidade de pesquisas na área e as condições dos sistemas de informação. Empregar o termo “lacuna” para se referir a aspectos diferentes daquele do tratamento desloca a ideia central que vinha sendo inicialmente construída na exposição dos autores acerca da falta de disponibilidade assistencial. Aliás, mais do que apenas transferir a ideia de escassez para outros elementos, esse recurso argumentativo, simultaneamente, reforça perante o leitor a noção da carência dos serviços. No processo de repetir insistentemente essa ideia central, ao mesmo tempo associando-a a vários elementos (tratamentos, pesquisas, políticas, sistemas, investimentos, etc.), acaba emergindo uma plataforma discursiva, cuja marca simbólica é a reafirmação da insuficiência de uma gama de recursos imprescindíveis para se efetivar a assistência de SM. À medida que essa argumentação repercute, primeiramente no meio acadêmico-científico, e mais tarde nos sistemas de saúde e até na sociedade leiga, o discurso da SMG vai ganhando um caráter de denúncia da dramática precariedade do panorama mundial da SM.

Entendemos que, depois de Kohn et al. (2004), o conceito de “lacuna de tratamento” tornou-se base teórica da SMG, usada na elaboração de pesquisas subsequentes e, consecutivamente, no acúmulo de conhecimento científico. E que, de acordo com a tradicional prática acadêmica de citação de referências, o acúmulo de expertise gerado tanto pelo uso pragmático sucessivo, quanto por repetidas citações bibliográficas do conceito, sustenta o principal argumento da SMG referente à premência de se aumentar o acesso aos cuidados de SM.

Exemplificando, estimar a “lacuna de tratamento” impulsionou a produção do Atlas da Saúde Mental da OMS (WHO, 2005b, 2011a, 2015), que mapeia os recursos de saúde disponíveis para a SM. Também tem sido um constructo chave para a elaboração de declarações de consenso, tais como o documento “*Grand Challenges in Global Mental Health*” (“Grandes Desafios em Saúde Mental Global”, tradução nossa) (Collins et al., 2011), que foi produzido após consulta a mais de 400 peritos de todo o mundo. Além disso, com a finalidade de reduzir a lacuna de tratamento, a OMS preparou uma série de materiais de apoio administrativo e educacional para a implantação de ações de cuidado de SM e a qualificação das equipes de saúde. Dentre eles, estão os materiais descritos anteriormente do “*Mental Health Gap Action Programme*” (Programa de Ação para a Lacuna de Saúde Mental,

tradução nossa) (WHO, 2008a), e seu respectivo manual “*Mental Health Gap Intervention Guide*” (Guia de Intervenção para a Lacuna de Saúde Mental, tradução nossa) (WHO, 2010a). Todas essas publicações ratificam que o conceito vem sendo adotado para materializar o imperativo ético e moral de prover cuidados de SM para as pessoas em sofrimento e, então, impelir os governos, os sistemas de saúde, as organizações não governamentais e as agências de financiamento de países LMIC a agirem na mesma direção (JANSEN et al., 2015).

A fim de examinar o uso do termo “*treatment gap*” na literatura internacional, consultamos a base de dados Pubmed/MEDLINE com os termos “*treatment gap*” no título e “saúde mental” no título ou resumo. Encontramos 35 artigos publicados desde 2002, cuja lista está disponível no Apêndice K.

No rol dessas publicações, constam estudos de SM em várias partes do mundo. Quatro dessas publicações apresentam dados com cobertura mundial a partir de pesquisas conduzidas pela OMS. Dentre as regiões e países analisados, uma das pesquisas foi direcionada para 50 países LMIC. A África foi a que mais atraiu estudos, sendo alvo de um total de 9 investigações distribuídas por países diferentes do continente, dentre eles África do Sul (2 estudos), Moçambique, Gâmbia, Ruanda e Togo, além de um estudo nacional e outro voltado para a Região Subsaariana. Em seguida, vem a Índia, que atraiu 2 estudos, e depois a China, o Haiti, o Líbano, o México, o Nepal e Singapura, cada país sendo objeto de um estudo (Apêndice K).

Vale registrar que entre os artigos encontrados não constava nenhum de produção nacional. Tal resultado poderia ser justificado pelo fato de as buscas terem sido feitas em inglês. Porém, esse achado se coaduna com a pesquisa “Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da saúde mental global: uma revisão integrativa” (MENEZES et al., [s.d.], no prelo), a qual, de acordo com o que relatamos no item “*O campo de Saúde Mental Global no Brasil*”, sugeriu que literatura brasileira privilegia o uso do conceito de “acesso” em detrimento de “lacuna de tratamento”.

Do total das 35 publicações, 6 são estudos de revisão, dentre os quais está o estudo de Kohn et al. (2004). Apesar de haver outra revisão anterior sobre a lacuna de tratamento de epilepsia na Gâmbia (COLEMAN; LOPPY; WALRAVEN, 2002), os resultados salientam que o artigo de Kohn et al. (2004) foi a primeira revisão escrita sobre a lacuna de tratamento especificamente na área da SM. Verificamos também que, dos 35 estudos, 25 foram publicados apenas nos últimos cinco anos (Apêndice K), de modo que a quantidade de estudos recentes indica que o termo vem ganhando visibilidade.

Deduzimos, por algumas razões, que a revisão de Kohn et al. (2004) tenha influenciado pesquisas subsequentes sobre a lacuna de tratamento em SM: por ter sido o primeiro artigo escrito sobre esse conceito; pela própria natureza da metodologia de pesquisa utilizada, isto é, por ser uma revisão, método ao qual pesquisadores geralmente recorrem quando querem informar-se sobre algum assunto e, finalmente, por ter sido escrito por autores vinculados à OMS. A relevância do periódico em que foi publicado é outro motivo que justifica seu reconhecimento como fonte de referência primária para outras produções que vieram em seguida. Cabe mencionar ainda que o artigo foi publicado no Boletim da OMS, uma revista mensal editada pela agência com foco especial nos países em desenvolvimento. Conforme consta no site da própria OMS, de acordo com o ranking *Web of Science*, o Boletim é considerado um dos principais periódicos de saúde pública do mundo revisados por especialistas, o que lhe dá alcance e autoridade global inigualáveis, sendo uma leitura essencial para os tomadores de decisão e pesquisadores de saúde pública. Evidentemente, constar no Boletim conferiu visibilidade ao artigo.

A disseminação do conceito de lacuna de tratamento parece ter encontrado terreno fértil também porque havia outra noção importante em ascensão no mesmo período. Em seu artigo, Kale (2002) apontava que, naquela época, o termo começava a aparecer em relatórios médicos, artigos da imprensa leiga e conteúdos da internet. Ressaltamos que, nesse mesmo período, ocorreu disseminação de dois documentos influentes: o “Relatório de Desenvolvimento Mundial: investindo em saúde” (WORLD BANK, 1993), no qual era analisada a interface entre as políticas de saúde e o desenvolvimento econômico, e o “Relatório Mundial da Saúde de 2001” da OMS (WHO, 2001a), mencionado anteriormente e que já incorporava dados do relatório do Banco Mundial acima citado, e trazia a proposta de abordar a SM como uma questão de saúde pública.

Bemme e D’Souza (2014) descrevem que, a partir da instituição de uma nova métrica de saúde, elaborada pela *Harvard School of Public Health* e denominada DALY (citada anteriormente na seção “*A constituição do campo da Saúde Mental Global*”), com o relatório de 1993 o Banco Mundial lançou uma nova forma de conceituar saúde e doença, operada através de mecanismos técnicos para quantificar a carga global de doença. A DALY possibilitava calcular a quantidade de anos de vida perdidos por incapacidade, e veio a se transformar na “espinha dorsal” do Estudo da Carga Global de Doença. De acordo com a lógica estabelecida naquele estudo, pela primeira vez criou-se uma “moeda de tempo” (*sic*, p. 854) para medir o estado de saúde da população, segundo a qual uma DALY equivalia a um

ano de vida saudável perdido por incapacidade. Dessa forma, além da mortalidade, a morbidade passou a ser também considerada no cálculo da carga de doença.

Segundo as autoras, a medida DALY foi desenhada para orientar a alocação de recursos e o grau de investimentos em saúde, e se mostrou custo-efetiva, não só por indicar que indivíduos perdem “anos de vida saudável”, mas principalmente por conseguir revelar que, tanto a economia nacional, quanto a global, perdem “anos de vida produtivos” da população.

No que se refere à carga dos transtornos mentais, um resultado inesperado, estimado entre 10,5% e 15,4% da Carga Global de Doença, mostrou que os mesmos são grandes agentes de carga de doença. Assim, revelar sua baixa mortalidade e efeitos altamente incapacitantes, conferiu aos transtornos mentais um nível de visibilidade totalmente novo no panorama da saúde mundial, subitamente elevando-os a um dos campos de intervenção mais prementes (BEMME; D’SOUZA, 2014).

Além de informar a carga de cada categoria de doença, a DALY permitia comparar globalmente dados de categorias de doença diferentes e de localidades distintas, o que revelou que os transtornos mentais tinham a mesma ordem de importância de outras doenças crônicas, tais como câncer, HIV/AIDS e tuberculose. Assim, por meio da concepção da DALY e da divulgação do Estudo de Carga de Doença, os transtornos mentais passaram a ser considerados um problema não só de âmbito global, mas também de enorme importância (BEMME; D’SOUZA, 2014).

Bemme e D’Souza (2004) afirmam que a DALY se tornou uma linguagem internacional comum e instituiu, em consequência, um modo compartilhado de conceber as disparidades em saúde. Em consonância com esta afirmação, propomos que, sendo igualmente uma métrica, a instituição do conceito de lacuna de tratamento veio a reforçar a disseminação dessa lógica. Ao que tudo indica, na época da criação de ambas essas medidas, por volta do final da década de 90 e início dos anos 2000, configurava-se um consenso entre pesquisadores, clínicos, profissionais de saúde e gestores, incluindo a OMS, em torno da necessidade de quantificar tanto a carga de doença da SM, quanto o grau de disponibilidade de serviços de SM versus a necessidade da população. Nesse sentido, a criação da métrica DALY, seguida do conceito de lacuna de tratamento, foram dois acontecimentos que possibilitaram, em nível mundial, caracterizar objetivamente o panorama da SM, com fins de construir argumentos econômicos considerados politicamente mais sólidos para justificar as ações de SMG.

Ainda que a noção de “lacuna de tratamento” seja fortemente divulgada pela OMS, e amplamente utilizada em pesquisas da SMG no contexto de países LMIC, mais recentemente, o conceito vem sendo objeto de ressalvas por parte de alguns autores para quem existe uma aceitação generalizada do mesmo como uma medida abrangente para quantificar as necessidades não atendidas em SM. Mesmo reconhecendo os benefícios decorrentes de seu uso, tais autores afirmam que é importante refletir criticamente sobre suas limitações e suas respectivas implicações para a capacitação dos serviços de SM.

É evidente que, sendo um *leitmotiv* que orienta a argumentação a favor de pesquisas e intervenções sob a rubrica da SMG, as críticas ao conceito de “lacuna de tratamento” não poderiam ser muito diferentes daquelas já apontadas na seção “*Divergências e críticas ao discurso hegemônico da Saúde Mental Global*”, do Capítulo “*Referencial Teórico*”.

Uma das ressalvas, por exemplo, considera que a lógica da “lacuna de tratamento” obscurece parcialmente uma série de arranjos complexos que acontecem em torno das instituições, atores, terapêuticas e conhecimentos quando do reconhecimento e do manejo de diversos problemas de SM em quaisquer cenários (BARTLETT; GARRIOTT; RAIKHEL, 2014).

Em função das múltiplas particularidades de diferentes contextos, a base de evidências para as intervenções em SM não poderia ser considerada globalmente válida, sendo necessário problematizar a preponderância do enfoque psiquiátrico nas diretrizes internacionais, porque este acarreta numa abordagem médica reducionista de condições que podem ser percebidas como sofrimento psicológico e social (JANSEN et al., 2015).

Para esses autores, há uma percepção crescente de que os DSS têm um papel muito importante em países LMIC, onde grande parte do sofrimento individual pode ser relacionado à adversidade social oriunda de cenários de pobreza, guerra e violência. Diante disso, as abordagens exclusivamente psiquiátricas concorreriam para o risco da medicalização dos problemas sociais. E também poderiam ser prejudiciais porque “chegam a sufocar o comportamento de busca de ajuda de pessoas que são avessas a esses tratamentos, o que, portanto, poderia até mesmo aumentar a lacuna de tratamento” (JANSEN et al, 2015, p. 2, tradução nossa).

Outra crítica diz respeito à maneira limitada pela qual a "Comunidade" tem sido considerada em discursos da SMG. Em vez de a metodologia de cuidado baseada na abordagem comunitária ser promovida com o intuito de reduzir os custos de saúde e de aumentar a eficiência econômica, a mesma deve ser desenvolvida como um método não só de aproveitar a força dos recursos coletivos e de representantes da cultura local, mas

principalmente de valorizá-los e estimulá-los, como forma de promover o bem-estar mental. Isto pode ser particularmente benéfico para contextos onde a violência coletiva perturba seriamente a vida comunitária, e o isolamento social decorrente constitui um forte determinante do sofrimento mental (JANSEN et al., 2015).

Levando em consideração que o sofrimento individual pode ser entendido como um sintoma da angústia social, deveria ser considerada a adoção de paradigmas alternativos que ultrapassem a concepção da “lacuna de tratamento” que é um paradigma conceitual individualmente orientado. Os autores ainda salientam que:

O paradigma da lacuna de tratamento tende a focalizar o sofrimento psicológico individual a partir de duas premissas implícitas. A primeira é a necessidade de agir a partir da identificação de pessoas com transtornos mentais e a segunda é a orientação de aumentar a escala (scale up) das intervenções direcionadas a abordar os sintomas que as pessoas experimentam, embora essa abordagem possa restringir o escopo de nossa compreensão (JANSEN et al., 2015, p. 4, tradução nossa).

Outros autores enfatizam que o termo “tratamento” carrega uma conotação médica e implica tratamento biomédico (ou a falta dele) dos problemas mentais, sendo frequentemente interpretado por formuladores de políticas, gestores, profissionais, pesquisadores e outros atores como uma noção relacionada exclusivamente a intervenções psiquiátricas de caráter curativo, interpretação essa que resulta na exclusão, do leque de cuidados oferecidos pelos serviços de SM, de uma gama de intervenções psicossociais eficazes que atualmente estão disponíveis. Eles apontam também que a concepção de “lacuna de tratamento” não inclui serviços de saúde física para pessoas com adoecimento mental, o que é uma preocupação importante devido às comorbidades físicas muitas vezes presentes, porém raramente atendidas, e à mortalidade precoce de pessoas com adoecimento mental grave. Em função disso, questionam o conceito de “lacuna de tratamento” e, em seu lugar, propõem a concepção de “lacuna de cuidado” (PATHARE; BRAZINOVA; LEVAV, 2018).

## 4 ANÁLISE RELACIONANDO OS DADOS EMPÍRICOS E CONCEITUAIS

Neste capítulo, iniciamos examinando os resultados dos grupos focais, e prosseguimos relacionando os resultados empíricos com os dados conceituais provenientes do estudo teórico-conceitual desenvolvido sobre os termos “acesso” e “*treatment gap*”. Além disso, buscamos relacionar os principais achados de nosso estudo local com o panorama da SMG, estabelecendo uma discussão crítica a respeito das implicações das barreiras e facilitadores para o acesso ao cuidado de SM,

### 4.1 Análise dos resultados empíricos segundo as categorias encontradas

Nesta seção, os resultados dos grupos focais são analisados apontando fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento do cuidado ao SE, conforme identificado nos relatos sobre a percepção dos pacientes.

#### 4.1.1 Considerações sobre a categoria explicação do sofrimento

Analisando o relato dos pacientes, a categoria **Explicação do Sofrimento** revelou narrativas de adoecimento (*illness narratives*) (KLEINMAN, 1988) que correlacionaram a complexidade da apresentação sintomatológica com modos singulares dos pacientes vivenciarem seu SE e expressarem integralmente o processo de adoecimento (*illness*) (HELMAN, 2009) na unidade corpo-mente. Para explicar seu SE, eles construíram modelos explicativos em que não descreveram apenas sintomas, mas entrelaçaram aspectos físicos e somáticos, pessoais e familiares; individuais e coletivos que atravessam na vida. Inter-relacionando questões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e até espirituais, os pacientes demonstraram que condensam várias dimensões da existência humana numa única

experiência biopsicossocial, na qual o SE os acomete de modo integral. Essa perspectiva holística confere às vivências de adoecimento um caráter totalizante.

A diversidade de formas de manifestar o SE mostrou que o paciente faz seu próprio recorte do que classifica como SE e do que considera passível de cuidado. Isso indica que além de relatar sintomas, ele precisa falar de modo abrangente sobre sua história de vida e contexto sociocultural no qual está imerso. Essa singularidade da narrativa exige da equipe a capacidade de explorar as perspectivas do paciente (BALLESTER et al., 2010), e de perceber como ele constrói o relato de sua vivência e confere sentido a seu processo de saúde-doença, a fim de possibilitar a construção do vínculo terapêutico (CHIAVERINI, 2011).

As narrativas de adoecimento (KLEINMAN, 1998) analisadas transmitiram experiências de caráter negativo que envolviam *pathos*, isto é, “sentimento direto e concreto de sofrimento e impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2009, p.96). E mostraram que a vivência de SE afeta a normatividade vital (IDEM), restringindo não só a capacidade de autorregulação do paciente, mas principalmente a sua capacidade de encontrar novas formas de enfrentamento do mal-estar e de criar novas normas de viver. Dado que não existe separação entre mente e corpo, a totalidade da experiência ajuda a entender porque frequentemente a apresentação sintomatológica do SE ocorre sob a forma de queixas físicas (FONSECA, GUIMARÃES, VASCONCELOS, 2008), manifestação que requer um cuidado integral (PINHEIRO; MATTOS, 2001). Reconhecer que o corpo é simbólico, é a única saída para o profissional deixar de toma-lo apenas como um mecanismo anátomo-químico, é a recusa da perspectiva naturalista (BIRMAN, 1991).

#### 4.1.2 Considerações sobre a categoria comunicação do sofrimento ao médico

As narrativas desvelaram que o nível de gravidade do SE é uma condição que leva o paciente a expressar seu SE espontaneamente. E obter acesso à atenção médica diante das precárias condições dos serviços não só é um facilitador, quanto gera impacto emocional positivo na autoestima do paciente. Outros facilitadores estão relacionados à atitude do médico em deixar o paciente à vontade para falar principalmente sobre os problemas que o fazem sofrer. Assim, oferecer espaço para conversar sobre os aspectos psicossociais e



apresentar uma atitude de acolhimento e aconselhamento são fatores que estimulam a comunicação do SE.

Quanto às barreiras da comunicação, as narrativas indicaram que o paciente tem pensamentos pré-concebidos acerca do que informar ao médico na APS e do papel deste no cuidado ao SE. Constrangido por tais crenças a não expor seu SE, principalmente quando este envolve problemas psicossociais, o paciente faz seu próprio recorte e comunica apenas aquilo que, no seu entendimento, é passível de cuidado médico, o que geralmente está associado a sintomas físicos.

Certas atitudes do médico também não favorecem a comunicação, como: demonstrar indisponibilidade para conversar ou perguntar ativamente sobre o SE, ou, quando o paciente chega a mencioná-lo, desviar do assunto, seja fazendo uma prescrição ou um encaminhamento para especialistas. Diante dessa distância semântica e da assimetria na RMP, o constrangimento do paciente em expor seus problemas soma-se à dificuldade de ser ouvido pelo profissional. Como o médico não disponibiliza uma escuta ampliada ao SE, as narrativas sugerem que, além de tratar a doença (*disease*), o médico não está preparado para comprometer-se com o cuidado ao adoecimento (*illness*) (HELMAN, 2009) e, conseqüentemente, oferecer a atenção integral prevista nas diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

#### 4.1.3 Considerações sobre a categoria comunicação da estruturação do cuidado

O reconhecimento pelos pacientes de que o ato de prescrever aliado à escuta ampliada significa receber um cuidado que contempla várias dimensões demonstra que querem ser tratados na sua totalidade. Essa demanda sugere evitar ações que estimulem o reducionismo, a fragmentação e a objetivação dos sujeitos. Pelo contrário, recomenda a construção de práticas baseadas na integralidade do cuidado (PINHEIRO; MATTOS, 2001) e na abordagem centrada na pessoa (STEWART, 2010) em que a escuta sensível da narrativa permita ao profissional incorporar a complexidade da experiência subjetiva do paciente no ato de cuidar.

Os relatos de prescrição de benzodiazepínicos remetem ao uso inadequado deste tipo de medicação e coincidem com evidências de subtratamento de TMC na APS (CORREIA, 2013), o que aponta para a necessidade de melhorar o preparo dos profissionais para o manejo

do SE e dos psicotrópicos. A menção corriqueira a termos psiquiátricos pode ser tomada como um reflexo do aumento do acesso à saúde porque a população passa a, progressivamente, se apropriar da linguagem médica para pensar, falar e agir sobre si (ORTEGA, 2014; ROSE, 2007). Esse processo de apropriação social crescente se insere no contexto da discussão da medicalização (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JUNIOR, 2014). Se, por um lado, a medicalização pode ser considerada positiva por ser fruto da expansão da assistência e, conseqüentemente, da ampliação tanto da oferta de tratamentos, quanto do acesso ao cuidado, por outro lado, dependendo dos moldes como a assistência seja exercida, pode implicar na padronização da experiência do adoecimento e na tecnificação do cuidado (MENEZES, 2012).

Mesmo que, conforme exposto no item anterior, a dimensão psicossocial do SE seja constitutiva dos modelos explicativos fornecidos pelos pacientes, não houve em seus relatos referência à participação de outros profissionais da equipe da APS (enfermeiros, técnicos ou agentes comunitários) no processo assistencial. Isso sugere que, na visão dos pacientes, o processo de cuidado ainda é médico centrado, o que requer outra problematização. Se, de um lado, a percepção da centralidade da atenção médica pode ser um indicativo da existência de uma perspectiva medicalizadora na legitimação do SE, de outro lado, destaca a responsabilidade desse profissional em desenvolver a integralidade do cuidado ao SE. Estando no centro da atenção à saúde, é preciso que o profissional resista a abordar os sintomas apenas como indicativos de doença e passe a escutá-los numa perspectiva mais holista e sistêmica, considerando também as vulnerabilidades e os DSS que permeiam cada caso.

#### 4.1.4 Considerações sobre a categoria comunicação do sofrimento no contexto assistencial

Apesar de no processo de cuidado haver basicamente duas pessoas – paciente e médico – um terceiro agente interfere nesta relação: o serviço de saúde. As narrativas evidenciaram que a percepção do cuidado ao SE não depende apenas do que ocorre no microcosmo da RMP, envolvendo também a percepção sobre o macro contexto institucional. Parafraseando o psicanalista britânico D.W. Winnicott, as narrativas sinalizaram que o cenário dos serviços não configura um ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 1990). Em

outras palavras, as condições de trabalho pressionam a atuação do profissional que se limita a examinar sintomas físicos sem investigar sua associação a afetos subjetivos, e realiza atendimentos nos moldes biomédicos, isto é, estritamente focados em doenças e sintomas, na oferta de intervenções farmacológicas e no encaminhamento a especialistas (quando a rede assistencial dispõe). Sendo desfavorável à comunicação, esse ambiente não oferece um espaço de diálogo e segurança que sustente o desenvolvimento de uma aliança terapêutica salutar entre médico-paciente, a partir da qual o paciente possa se expressar e encontrar novas soluções de enfrentamento para seu SE (GONÇALVES et al., 2013). Ao contrário, o contexto tumultuado mina a confiança do paciente no médico e perturba a RMP (ATHIÉ et al., 2017; HALL et al., 2001). Isso restringe a escuta médica e coíbe a expressão do SE, reiterando a convicção do paciente de que o profissional não está ali para falar do SE e o mesmo não é digno de ser compartilhado, o que pode acentuar o estigma (KEELEY et al., 2014) em torno da SM e ainda agravar o adoecimento do paciente.

Nessas condições, o próprio contexto assistencial dificulta a plena utilização dos serviços e torna-se uma barreira ao acesso que deveria disponibilizar, caracterizando um processo de violência estrutural, que pode ser compreendida como uma forma de violência em que as estruturas ou instituições sociais podem prejudicar as pessoas, impedindo-as de satisfazer as suas necessidades básicas e de atingir o seu pleno potencial, é frequentemente invisível e está intimamente ligada à injustiça social e a processos sociais de opressão (FARMER, 1996 [2009]; FARMER et al., 2006). Embora geralmente os médicos não sejam treinados para entender esse tipo de força social, e muito menos para modificá-las, alguns esforços têm sido feitos no sentido de se pensar formas de promover o desenvolvimento da competência estrutural (METZL; HANSEN, 2014).

#### 4.1.5 Síntese das categorias

A título de síntese da análise das categorias, resumimos no Quadro 7 os fatores que agem como facilitadores ou barreiras do processo de cuidado médico ao SE segundo a ótica dos pacientes.

Quadro 7 - Facilitadores e barreiras ao cuidado

DIMENSÃO	FACILITADORES	BARREIRAS
<b>Crenças do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gravidade do sofrimento</li> <li>- ser convidado a falar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dúvida sobre tomar o tempo do médico falando do SE</li> <li>- o médico não pode ajudar no SE</li> <li>- com o médico só se fala sobre exames e remédios</li> <li>- não se expõe problemas emocionais</li> </ul>
<b>Atitudes do médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atitude de aconselhamento</li> <li>- ao recomendar intervenções de tratamento, abordar aspectos psicossociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não dá abertura para falar do SE</li> <li>- desvaloriza queixa emocional</li> <li>- ao propor intervenções de tratamento não explorar o contexto em torno do SE</li> <li>- evita lidar com o SE prescrevendo medicação ou encaminhando</li> <li>- está sobrecarregado para escutar</li> </ul>
<b>Contexto dos serviços de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impacto emocional positivo quando recebe atenção médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lotação dos serviços e longas filas de espera</li> <li>- escassez de profissionais</li> <li>- sobrecarga de trabalho</li> <li>- atendimento com pouco tempo disponível</li> <li>- impacto emocional negativo quando não recebe atenção médica</li> </ul>

Fonte: A autora, 2018.

#### 4.2 Análise dos resultados segundo a interação das categorias encontradas

Partindo da análise das categorias, nesta seção, discutimos, primeiramente, a interação dos fatores que exercem influência na percepção do SE e de seu respectivo cuidado, conforme identificado nos grupos focais com pacientes na APS. E, em seguida, passamos a discutir nossos achados empíricos considerando os dados conceituais sobre “acesso” e “treatment gap”, conferindo especial destaque àqueles fatores que dificultam a obtenção de cuidado e que, portanto, precisam ser considerados no planejamento e na organização das práticas assistenciais e educacionais.

No “*Referencial Teórico*” desta pesquisa, na seção “*O Panorama da ‘Saúde Mental para Todos’*”, vimos que o campo da SMG surgiu a partir da indignação quanto ao fato de haver milhões de pessoas ao redor do mundo que sofrem e da constatação de que cerca de 75% não recebem o tratamento de que necessitam, o que mobilizou o *Movement for Global Mental Health* a denunciar tal carência e a reivindicar mais acesso à SM. Por esta razão, o discurso da ampliação do acesso aos cuidados de SM e da redução da lacuna de tratamento nos LMIC se tornou um dos *leitmotifs* da SMG.

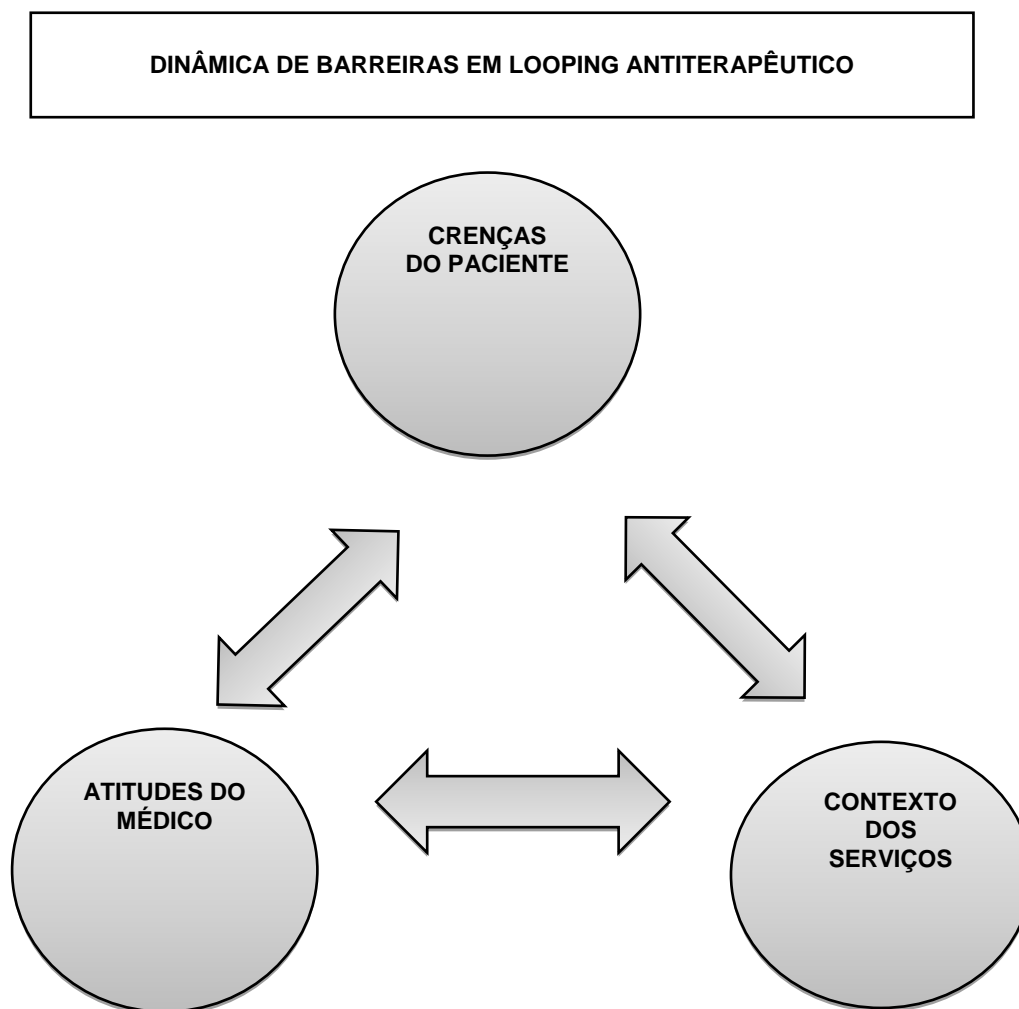
Diante desse panorama, a integração de ações de SM na APS constitui uma diretriz importante para aumentar o acesso ao cuidado aos TMC (PATEL; PRINCE, 2010; WHO; WONCA, 2008). Contudo, as narrativas analisadas nesta pesquisa apontaram várias barreiras que fragilizam esse acesso. Por outro lado, conhecer tais obstáculos e refletir sobre a forma como atuam sobre a obtenção de cuidado fornece subsídios que poderão, futuramente, nortear estratégias para contorná-los.

O achado mais importante do estudo empírico indicou que, embora a categoria **Explicação do Sofrimento** aponte que os pacientes sabem explicar seu SE a seu próprio modo, as categorias **Comunicação do Sofrimento ao Médico**, **Comunicação da Estruturação do Cuidado** e **Comunicação do Sofrimento no Contexto Assistencial** mostraram que há divergências entre a possibilidade de transmiti-lo e a obtenção da escuta médica porque, apesar de alguns fatores favorecem a comunicação, muitas barreiras a dificultam.

Do ponto de vista assistencial, segundo as etapas de decisão de tratamento (apresentação dos sintomas, solicitação de informações por parte do médico e oferta de intervenção), a comunicação do problema ao médico é a base a partir da qual se estabelecerá todo o processo de cuidado (KARASZ et al., 2012). Entretanto, as narrativas indicaram que o constrangimento do paciente em se expressar somado à dificuldade do médico em ouvir e abordar o SE, num contexto de sobrecarga dos serviços de saúde, obscurece a comunicação do SE no momento seminal da consulta. Prejudicando intensamente esta etapa inicial, as barreiras identificadas apontaram que, possivelmente, o potencial do cuidado não se efetiva.

Assim, a interação entre as crenças dos pacientes, as atitudes do médico e o contexto assistencial forma um ciclo vicioso em que essas barreiras se retroalimentam, intensificando-se umas às outras. Considerando a prevalência do SE (FORTES, VILANO, LOPES, 2008; GOLÇALVES et al., 2014), a variedade de sua apresentação sintomatológica (FONSECA, GUIMARÃES, VASCONCELOS, 2008) ou dos modos de relatá-lo (GROLEAU, YOUNG, KIRMAYER, 2006), que tipo de cuidado surge da dinâmica em que o paciente não consegue falar, o médico não está preparado para ouvir e o ambiente não facilita a interação? Fica a constatação de que, quando a dinâmica das barreiras tampona a comunicação, a RMP sofre prejuízo e ocorre um *looping* antiterapêutico (Figura 3) extremamente pernicioso à saúde que, conseqüentemente, compromete o acesso ao cuidado integral (FAVORETO, 2007; PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Figura 3 - *Looping* antiterapêutico: dinâmica de barreiras que comprometem o acesso ao cuidado do sofrimento emocional



Fonte: A autora, 2018.

#### 4.3 Análise dos resultados empíricos segundo o modelo de acesso e o referencial do campo da Saúde Mental Global

Como ilustra a Figura 3, o *looping* antiterapêutico é formado pela interação das barreiras relativas às crenças dos pacientes, às atitudes do médico e ao contexto dos serviços,

que podem estar relacionadas às diferentes dimensões de acessibilidade à saúde. Tendo em vista a complexidade do conceito de acesso, recorreremos à clareza teórica do modelo multidimensional desenhado por Assis e Jesus (2012), uma vez que este pode nos orientar a estruturar uma reflexão crítica sobre os cuidados de SM na APS.

Antes de iniciar nossa reflexão, cabe explicitar que, embora Assis e Jesus (2012) não tenham descrito a inter-relação entre as várias dimensões de seu modelo, é nítido haver uma interface entre as mesmas. Com isso, não só uma dimensão permeia e influencia as outras dimensões, quanto é retroalimentada por estas. Assim, a existência de uma barreira em uma das dimensões pode gerar empecilhos em outra dimensão e vice-versa. Da mesma forma, supomos que agir sobre uma das dimensões cause repercussões sobre as outras.

Recapitulando, as narrativas indicaram que, para aumentar a resolutividade do cuidado, há a necessidade de negociar terapêuticas congruentes com a perspectiva do paciente, incorporando a integralidade da experiência de SE e a compreensão hermenêutica do sentido que ele atribui ao SE (FAVORETO, 2007). Os achados da categoria **Explicação do Sofrimento** mostraram que, em suas narrativas de SE, os pacientes não separam a vivência dos aspectos biológicos e psicossociais, o que sugere tanto a inter-relação do adoecimento com os DSS, quanto a integralidade da experiência. Em contrapartida, de certa forma, a análise também indicou que a abordagem médica tradicional ainda é insuficiente, pois se concentra apenas na dimensão física dos sintomas e não oferece escuta ao SE. O que se quer dizer com isso é que a RMP é permeada pelas concepções tanto do paciente, quanto do médico no que se refere ao entendimento do processo de saúde-doença, e qualquer impasse entre as diferentes formas de entendimento do que é o adoecimento e seus respectivos fatores intervenientes pode ser compreendido como uma barreira de acesso referente à dimensão simbólica, uma vez que, envolvendo a noção de cultura, crenças e valores, e a compreensão que cada parte da RMP tem do processo saúde-doença, esta dimensão perpassa as dinâmicas relacionais subjetivas (ASSIS; JESUS, 2012).

Dentre os vários entraves ao acesso, aqueles de dimensão simbólica, talvez, sejam os mais difíceis de serem contornados, por envolver as perspectivas e as formas de compreensão subjetiva de cada pessoa em relação à realidade, as quais, automaticamente, guiam suas interações com o mundo e com os outros. Ou seja, as concepções são a “lente” com que se enxerga o mundo e servem como uma espécie de “filtro” valorativo subjacente à apreciação dos objetos, dos eventos, das relações humanas. Tais concepções são desenvolvidas por meio das trocas sociais e culturais, sendo que as experiências formativas e as atividades educacionais têm forte participação em sua construção. Dado que são desenvolvidas

socialmente, as concepções funcionam como um conjunto de ideias compartilhadas, que possibilita e subsidia a comunicação humana. Tais ideias carregam valores que expressam preferências e crenças, as quais, por sua vez, direcionam os processos interacionais. Neste sentido, as concepções em relação ao adoecimento servem como indícios da cultura em que estão inseridas e que, ao mesmo tempo, as molda. É justamente aí que reside a sensibilidade e a dificuldade de sua abordagem.

Embora os serviços de SM prestados na APS possam minimizar o estigma e a discriminação (WHO; WONCA, 2008), algumas narrativas sobre a percepção dos pacientes acerca do SE e seu cuidado explicitaram atitudes de ignorância, desvalorização e desqualificação em relação à comunicação do SE, tanto por parte dos pacientes, quanto por parte dos médicos. Muito possivelmente, estas atitudes reticentes correlacionam-se com a presença de estigma social, fator que tem forte interferência no entendimento que as pessoas têm dos problemas de SM (LASALVIA et al., 2013), e que, portanto, constitui uma barreira simbólica ao acesso ao cuidado de SM. Uma estratégia essencial para atenuar este tipo de barreira, recomendada pela OMS desde o Relatório de Saúde Mundial de 2001 (WHO, 2001a), como citado no capítulo “*Referencial Teórico*”, no item “*A Organização Mundial de Saúde construindo a prioridade da saúde mental na agenda global*”, é a realização de ações educativas, tais como, campanhas de comunicação com a finalidade de esclarecer e conscientizar a população a respeito dos danos psicológicos, sociais e econômicos dos TMC e de promover maior aceitação e apoio social às pessoas afetadas.

Em função de dificultarem a RMP, visto que interferem na debilidade da escuta e no tamponamento da comunicação, muitas vezes, até inviabilizando o acesso, as barreiras simbólicas repercutem diretamente sobre a assistência, pois a forma de interpretação do adoecimento pelo médico determinará o manejo clínico que adotará em relação a seu paciente. Assim, as barreiras de dimensão simbólica acabam por constituir também uma barreira de acesso relacionada à dimensão técnica, onde, eventualmente torna-se mais fácil de identificá-las e abordá-las. É justamente nesta dimensão que o profissional precisa desenvolver sua competência cultural.

Uma estratégia imprescindível para agir sobre as dimensões simbólica e técnica do acesso (ASSIS; JESUS, 2012) é assegurar a construção de práticas baseadas na integralidade do cuidado (PINHEIRO; MATTOS, 2001). Dentre outros aspectos, o modelo de cuidado integral pressupõe uma clínica ampliada, que inclui no atendimento a visão do paciente e as características de seu contexto de vida, o que possibilita um cuidado culturalmente sensível e socialmente relevante (KIRMAYER, 2012a), e que pode ajudar a evitar que, em países LMIC



como o Brasil, haja a propagação de pacotes de intervenções padronizadas, que utilizem exclusivamente abordagens biomédicas e desconsideram o contexto local (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014).

Intensificar o uso de terapêuticas baseadas em tecnologias leves (MERHY, 2002) é outra estratégia. Tais tecnologias envolvem abordagens relacionais e comunicacionais que, sem descartar a intervenção medicamentosa quando necessário, enfatizam a escuta, o diálogo e o fortalecimento do vínculo médico/equipe-paciente, o que por si só pode constituir uma ação terapêutica (CHIAVERINI, 2011; GONÇALVES et al., 2013). Desse modo, os dispositivos das tecnologias leves permitem ao médico explorar a narrativa do paciente buscando apreender a complexidade de sua experiência a fim de incorporá-la no ato de cuidar (FAVORETO; CAMARGO JR, 2011).

As tecnologias leves estão presentes no acolhimento, em ações fruto do cuidado compartilhado e do trabalho em equipe interdisciplinar, nas ações coletivas como os grupos (terapêuticos, geração de renda, terapia comunitária), nas ações de formação de rede de apoio social (CHIAVERINI, 2011), e ainda nas intervenções psicossociais (MENEZES, 2012; WHO, 2010a). Estão presentes ainda nas ações de integração da SM na APS, visto que o Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família às equipes de saúde da ESF emprega prioritariamente este tipo de tecnologia para estabelecer o processo de cuidado colaborativo compartilhado (CHIAVERINI, 2011; FORTES et al., 2014). Desse modo, impulsionar a implantação dos NASF, com vistas a ampliar o escopo de atuação do médico e das equipes da ESF, pode incrementar a construção de espaços de escuta e cuidado ao SE.

Para exercer a escuta ampliada não basta dominar técnicas de comunicação, o profissional precisa desenvolver a competência dialógica e interpretativa como um saber a ser aplicado na clínica. Assim, observando aspectos da comunicação não verbal como o tom de voz, a postura e o gestos, as atitudes, o ordenamento e os recortes do que é relatado ou omitido, ele considerará não só o que o paciente conta, mas como ele conta. Considerar a compreensão hermenêutica do sentido que o paciente atribui ao SE é imprescindível para ir ao encontro de seus anseios, expectativas e necessidades, gerando maior proximidade e confiança, de modo a estimulá-lo a engajar-se no seu próprio cuidado e, por conseguinte, aumentar a sua adesão ao plano terapêutico e melhorar a resolutividade de seu tratamento (FAVORETO, 2007).

Ainda que não se pretenda discutir a formação médica, visto que esse assunto mereceria uma tese específica, vale mencionar que garantir o exercício de práticas integrais e o uso das tecnologias leves requer o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos,

habilidades e competências, como vem sendo amplamente discutido, sobretudo para melhorar a formação médica, cabendo apenas corroborar ações pertinentes já em andamento e que podem potencializar a qualificação dos médicos para prestar os cuidados de SM integrados na APS. Entre essas ações estão fortalecer a expansão da própria Residência em Medicina de Família no Brasil, que atualmente não forma nem mesmo 1,5% dos médicos do país (STORTI et al., 2017), como será melhor comentado um pouco adiante, assegurando também a implantação do currículo baseado em competências no programa da residência (MACHADO et al., 2018; SBMFC, 2014). Outra ação importante em andamento é ensinar sobre as habilidades de comunicação, os problemas de SM, principalmente os mais frequentes, e sobre o contexto da APS desde a graduação universitária (DEMARZO et al., 2012), incluindo a realização de internato em unidades da ESF e não apenas em hospitais gerais ou de psiquiatria, conforme preconizado nas diretrizes curriculares da medicina (BRASIL, 2014).

Outra ação que merece destaque é difundir conteúdos que possibilitem habilitar os médicos e os profissionais da equipe de saúde para o exercício de uma abordagem integral, culturalmente sensível e socialmente relevante (KIRMAYER, 2012a), tais como, a abordagem da Medicina Centrada na Pessoa (STEWART, 2010) é capaz de propiciar, sem deixar de avaliar seu impacto nas práticas de SM como vem sendo mundialmente estudado (GASK; COVENTRY, 2012; SALVADOR-CARULLA; MEZZICH, 2012). O desenvolvimento da competência estrutural é mais um conteúdo que pode favorecer a abordagem das desigualdades sociais e também da violência estrutural, as quais atravessam e constituem o processo de saúde-doença e aparecem intensamente na clínica (METZL; HANSEN, 2014).

Embora os grupos focais tenham abordado especificamente o cuidado médico, não se pode deixar de mencionar que, como as equipes da APS são multidisciplinares, desenvolver abordagens de cuidado ao SE requer ainda outras ações educacionais estratégicas para qualificar não só os médicos, mas todos os profissionais de saúde. Uma das estratégias de qualificação é promover ações de educação permanente (MICCAS; BATISTA, 2014) incentivando a aprendizagem contínua e integrada no cotidiano das práticas em serviço. No caso da SM, o Matriciamento exercido pelos profissionais especialistas em SM junto ao médico e a toda equipe da ESF é uma das formas de educação em serviço, pois processo de trabalho matricial não tem apenas uma dimensão clínica, apresentando também uma dimensão pedagógica que possibilita qualificar a equipe de saúde da ESF por meio do exercício de reflexão crítica e revisão contínua das práticas e rotinas do trabalho cotidiano.

Sendo assim, obviamente, os próprios especialistas devem estar habilitados para exercer o Matriciamento com o propósito de melhorar o acesso ao cuidado de SM na APS.

Entretanto, a maioria dos cursos de graduação ligados à área da saúde, como a psicologia, por exemplo, permanece habitualmente formando seus graduandos segundo o modelo da prática clínica tradicional em consultório particular, sem praticamente contemplar em sua grade curricular disciplinas sobre a Saúde Pública e/ou voltadas para a formação para o trabalho no SUS (DIMENSTEIN, 1998), assim como observamos durante nossa experiência como docente na graduação de psicologia numa das maiores universidades públicas do país. Isso que sugere ser necessário acionar os cursos universitários das diversas categorias profissionais habilitadas a trabalhar com SM a partir dos NASF, ao menos aqueles cursos de cunho eminentemente público, para que redirecionem sua ementa a fim de abordar conteúdos pertinentes ao trabalho de SM no sistema público de saúde e, em especial, na APS.

Outra ação pedagógica de educação em serviço que pode ajudar na qualificação, tanto de médicos, quanto de especialistas de SM, é acelerar a multiplicação do treinamento da OMS do “*Mental Health Gap Action Program (mhGAP)*” (WHO, 2010a, 2017a), dando continuidade ao trabalho de capacitação já iniciado pelo LIPAPS em 2016. Porém, a experiência de treinamentos anteriores mostra que é preciso encontrar saídas para conseguir que mais médicos participem da capacitação, tendo em vista a dificuldade de agenda que esses profissionais têm para deixarem seu posto de trabalho, mesmo quando se trata de atividades de treinamento e qualificação que, certamente, irão melhorar o seu desempenho.

Com tantas ações relacionadas às dimensões simbólica e técnica, aparentemente, seria convincente atribuir todos os problemas apenas à qualidade interativa da relação médico-paciente. Porém, culpabilizar o médico seria uma avaliação reducionista e inócua. Se considerarmos, como descrevemos na análise das categorias, que tal dinâmica é atravessada por várias barreiras que se sucedem ao longo do contato entre o médico e o paciente, verificamos que outros empecilhos, associados às demais dimensões do acesso, concorrem para a formação do *looping antiterapêutico*, o qual impede que o paciente receba o cuidado adequado.

Como vimos, as narrativas indicaram ser imprescindível viabilizar a comunicação do SE, o que exige a oferta de um espaço clínico-assistencial que facilite a RMP, visto que as atuais condições estruturais de prestação de serviços apresentam sobrecarga para os profissionais. Logo, esse contexto não propicia o cuidado adequado. Este achado ressalta que o cuidado ao SE não depende só de aspectos da micro gestão dos serviços (ex. relação médico-paciente), apoiando-se também em fatores da macro organização (ex. infraestrutura, condições de trabalho), que interferem diretamente no funcionamento dos serviços de saúde e do próprio ato de atendimento. Sendo assim, torna-se imprescindível agir sobre a dimensão

organizacional, qualificando os processos internos e os fluxos entre setores, entre os serviços e até mesmo entre os níveis assistenciais, gerenciando melhor a regulação das vagas disponíveis no sistema de saúde e fortalecendo a articulação da rede de serviços para atender a demanda de SM. Além disso, a definição de indicadores pertinentes para avaliar as ações de SM e os desfechos das intervenções realizadas pode alimentar o planejamento das ações com parâmetros objetivos, desde que não percam de vista que o objetivo é melhorar o manejo de aspectos que envolvem subjetividades.

Numa primeira leitura, as más condições de trabalho poderiam ser uma barreira relacionada apenas à dimensão organizacional. Entretanto, como mencionamos antes, as dimensões do acesso não são exatamente lineares e se entrecruzam. Assim, os resultados encontrados na análise das categorias nos levam a cogitar que as condições de trabalho podem decorrer também das dimensões política e socioeconômica, embora as narrativas examinadas não tenham feito alusão direta a elas, o que era de se esperar dadas as características das perguntas do roteiro do grupo focal utilizado como instrumento de pesquisa.

No âmbito da dimensão política do acesso, Morosini, Fonseca e Lima (2018) denunciam as recentes alterações na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a) porque estas propõem uma relativização da cobertura universal operada pela segmentação do acesso, pela recomposição das equipes da ESF, pela reorganização do processo de trabalho, e pela fragilização da coordenação nacional da própria política de saúde. Para as autoras, a pretensa flexibilização da APS vem, efetivamente, a mascarar uma racionalidade neoliberal que estaria se fortalecendo e impondo uma forte tendência de privatização. Tal tendência impacta diretamente a dimensão econômico-social do acesso, pois implica no redirecionamento do financiamento do SUS – o qual nunca foi suficiente – e na transferência de uma parcela cada vez maior de recursos destinados ao setor privado, cuja finalidade é incentivar o lançamento de planos de saúde particulares. Diante disso, as autoras ressaltam que estas representam um retrocesso e um enorme risco de desconstrução do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Mais especificamente do ponto de vista de uma política de recursos humanos para a APS, mesmo sendo evidente que a APS reverte em efetividade, eficiência e mais equidade para o sistema de saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005) e é o nível assistencial mais adequado para se prestarem cuidados de SM, e que médicos de família desempenham um papel importante no cuidado de SM e apresentam um diferencial na qualidade dos serviços de SM (GONÇALVES et al., 2011; WENCESLAU; ORTEGA, 2015), ainda assim a política de formação de Medicina de Família e Comunidade no Brasil é irrisória (STORTI et al., 2017).

Uma pesquisa inédita e recente, realizada pela Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade, revelou que existem apenas 5.438 de médicos dessa especialidade titulados, resultado que, segundo os próprios autores, contém algum grau de imprecisão por causa da impossibilidade de verificação de certas informações, como a quantidade de médicos já falecidos contida neste número (AUGUSTO et al., 2018). Esse total representa cerca de 1,4% da totalidade de médicos especialistas (SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018), visto que, em janeiro desse ano, havia 452.801 médicos no país, segundo dados da recém lançada demografia médica 2018 (SCHEFFER, 2018).

Mediante a quantidade de equipes de ESF implantadas no território nacional, que já gira em torno de 41.000 e é o principal campo de trabalho daqueles que cursam a residência em Medicina de Família e Comunidade, a quantidade de profissionais formada nessa especialidade é significativamente baixa, o que fragiliza deveras a APS, como assinalado abaixo:

O número de médicos de família e comunidade no país ainda é pequeno (menos de 2% do total de médicos), muito aquém do que seria necessário para a qualificação dos nossos serviços de atenção primária à saúde. Por consequência, nota-se a grande importância de políticas de fomento à formação de médicos de família e comunidade, incluindo a expansão das vagas de residência médica na especialidade, os incentivos para a ocupação dessas vagas e a inserção da especialidade nos cursos de graduação em medicina (AUGUSTO et al., 2018, p.4).

Assim, formar menos de 2% do total de médicos em comparação com a demanda frente à rápida expansão da ESF no Brasil, é constatar que, a despeito de a Medicina de Família e Comunidade ser a especialidade que reúne as características fundamentais para potencializar o desempenho da APS, sua capacidade de preparar quadros para a saúde pública é absolutamente baixa. Essa constatação nos remete ao mesmo questionamento de Wenceslau e Ortega (2015, p.1128) quando indagam: “uma melhor estruturação da ESF, como APS eficaz e resolutiva para os problemas de saúde mais prevalentes e incapacitantes da população, incluindo os transtornos mentais, não seria uma resposta mais efetiva?” Para os autores, os profissionais da ESF não estão despreparados apenas para lidar com os transtornos mentais, mas aparentemente há um despreparo geral para se realizar uma APS de qualidade, o que, certamente, prejudica a integração da SM. Dessa forma, tendo em vista a importância da APS para a ampliação do acesso à SM, conforme as diretrizes nacionais e da SMG, é necessário fortalecer a política de formação de recursos humanos do setor.

Uma análise intitulada “Implementação da Estratégia de Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos” também abordou aspectos relativos à dimensão da política de recursos humanos e mostrou que a regularização dos vínculos empregatícios e estratégias de

qualificação contribuem para a fixação de profissionais reduzindo a rotatividade nos serviços, fator que prejudica sobremaneira a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, bem como a formação do vínculo com o paciente:

A política de inserção e remuneração evidencia a substituição dos quadros terceirizados e a contratação por concurso público, que possibilita vínculos trabalhistas mais estáveis. Outras estratégias são o estabelecimento de abono para atuação em áreas de maior vulnerabilidade social e a equiparação do salário dos médicos especialistas em medicina de família e comunidade com demais especialistas atuantes nos serviços secundários.

A vontade política do gestor municipal para qualificar a força de trabalho da saúde da família, mantendo a oferta de recursos humanos adequados às necessidades do sistema de saúde, é fator fundamental para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, em face do baixo grau de especialização dos profissionais para atuar em atenção primária em saúde (MENDONÇA et al., 2010, p. 2355).

No âmbito da dimensão econômico-social do acesso, isto é, aquela que remete às pactuações e aos investimentos nos diversos níveis assistenciais, o subfinanciamento da saúde e, em particular da SM, pode contribuir para as condições de trabalho tumultuadas que foram apontadas nos grupos focais, uma vez que a escassez de recursos financeiros prejudica a qualidade dos serviços. Não foram encontrados dados específicos discriminando o percentual do orçamento da APS que é destinado a custear as despesas proporcionais ao tempo que dedicam às ações de SM que são efetuadas com contratação, *headcount* e treinamentos das equipes da ESF, nem valores relativos ao custeio da parcela de profissionais do NASF que executam ações de Apoio Matricial em SM. Supomos ser provável que tais despesas estejam subsumidas no orçamento geral da própria APS, não sendo possível acessar seus valores correspondentes de modo individual, o que exigiria um alto nível de detalhamento orçamentário por parte dos serviços de saúde, embora trouxesse maior discricionariedade administrativa àqueles interessados em ter mais ingerência dos recursos passíveis de serem direcionados para as ações de SM na APS.

Por outro lado, obtivemos informações que mostram que o investimento em SM no Brasil está aquém do percentual sugerido pela OMS, conforme mencionado por Barros e Salles:

(...) Na esfera federal, 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental. É necessário empreender esforços para ampliação dos recursos destinados à saúde mental para pelo menos 3% do orçamento da saúde no próximo biênio, ressaltando-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda mais que 5% do orçamento global da saúde. Do mesmo modo, é preciso criar recursos em outros Ministérios para os projetos intersetoriais (BARROS; SALLES, 2011, p. 1784).

Da mesma forma, Mari denuncia que o montante investido em SM está abaixo do recomendado e afirma que, em função da sobrecarga que os transtornos mentais impõem à comunidade, deveria haver um aumento do financiamento por parte do SUS que deveria estar

acima dos 2% da porcentagem do orçamento gasto em SM e, além disso, o gasto per capita deveria ser duplicado, de Us\$ 1.95 para Us\$ 4.0 (MARI, 2011).

O subfinanciamento da SM relatado por Barros e Salles (2011) e por Mari (2011) é um dado preocupante, na medida em que o investimento reduzido nos dispositivos especializados diminui sua capacidade de atendimento. Como consequência, isso pode, por sua vez, travancar as unidades de APS e agravar ainda mais a situação de sobrecarga dos profissionais apontada nos grupos focais desta pesquisa, pois muitas as que não podem prescindir do atendimento de SM acabam procurando sua unidade de referência da ESF. E, como vimos no início deste trabalho, a sobrecarga é um fator importante de estresse e burnout dos médicos, cuja capacidade de relacionamento interpessoal, habilidade tão necessária à relação médico-paciente, fica seriamente abalada.

Além de denunciar possíveis efeitos regressivos na APS causados pela alteração da nova Política Nacional de Atenção Básica, Morosini, Fonseca e Lima apontam também que a alteração legislativa promulgada com a Emenda Constitucional no. 95/2016, conhecida como “Teto dos Gastos” por congelar por 20 anos a destinação dos recursos públicos, produz efeitos nefastos sobre o financiamento do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), que certamente prejudicarão todas as instâncias de saúde, incluindo as ações de SM.

Não é preciso dizer que, num cenário de disputas políticas e interesses econômico-financeiros dessa ordem, seja qual for o montante dos recursos destinados à SM, é iminente o risco do sucateamento da APS e do abandono da abordagem comunitária e territorial.

As barreiras aqui discutidas segundo as várias dimensões do acesso revelam a complexidade de se tentar contorná-las. Todavia, impedir o acesso à SM equivale a negar o direito à saúde e, conseqüentemente, a manter alta a lacuna de tratamento já existente.

Assim, voltamos ao conceito de “*treatment gap*” e avançamos para o último ponto de discussão. Revisitando a plataforma discursiva da SMG relativa à *advocacy* em torno do aumento do acesso, lembramos que uma característica particular desse discurso é empregar a medida epidemiológica “*treatment gap*” (KOHN et al., 2004). A literatura da SMG nos mostra que, com o intuito de construir uma representação clara e objetiva da carência (ou mesmo da ausência) de tratamentos disponíveis em relação à gigantesca necessidade da população, ao longo dos anos, essa medida passou a ser utilizada como um dispositivo conceitual central para expressá-la quantitativamente e, assim, conferir materialidade à preocupação dominante quanto à insuficiência de cuidados de SM. Dessa forma, a alegação de reduzir o hiato de tratamento, matematicamente calculado, aparece de modo constante e reiterado nas publicações do campo.

Considerando que o conceito de “*treatment gap*” é uma métrica que confere uma avaliação aproximada do nível de acesso a tratamento, os achados desta pesquisa nos levam a alguns questionamentos. De acordo com os resultados empíricos dos grupos focais, indagamos se quando os pacientes conseguiram ingressar nos serviços de saúde, estão dentro das unidades e passam por uma consulta de atendimento médico, mas seu SE não é reconhecido, tais pacientes são ou não contabilizados como parte da lacuna de tratamento de SM?

Considerando os achados dos grupos focais e assumindo que, apesar do recente ataque frontal à Política Nacional de Atenção Básica 2017 e de outros problemas relatados, desde a constituição do SUS houve uma evolução significativa nas dimensões do acesso no âmbito da política de saúde com a reorientação do modelo assistencial, com a implantação da ESF e com a instituição de uma série de normativas referentes ao cuidado de SM, no âmbito econômico-social com o direcionamento dos recursos para custear a construção de unidades de saúde na comunidade e a montagem das equipes multiprofissionais da ESF, e no âmbito organizacional com a instituição das regiões de saúde e da RAPS, resta saber se – ainda que um usuário consiga acessar a porta de entrada do sistema de saúde e seja atendido numa unidade da ESF, vencendo várias dificuldades de acessibilidade em termos das barreiras geográficas de distância e transporte; das barreiras organizacionais de horário de funcionamento das unidades, de encaminhamento, de disponibilidade de vagas de atendimento, de disponibilidade de profissionais, etc. – ele conseguirá superar as barreiras relacionadas às dimensões técnica e simbólica e efetivamente acessar o cuidado de SM.

Segundo uma ótica epidemiológica, pensar-se-ia que adentrar uma unidade de saúde e obter atendimento médico não contaria para as estatísticas da lacuna de tratamento de SM. Muito pelo contrário, ajudaria a reduzi-la. Neste sentido, epidemiologicamente falando, o registro de qualquer atendimento, independentemente das circunstâncias da RMP e do exercício de uma abordagem de SM adequada, contabilizaria positivamente no cálculo do acesso. A despeito da qualidade do serviço prestado e da consistência de seu registro nos sistemas de informação do sistema de saúde este atendimento seria, de fato, um dado apurado apenas objetivamente.

Todavia, fazendo uma reflexão crítica é possível vislumbrar um sutil detalhe. Ainda que uma pessoa acesse os serviços de SM, isso não significa que ela tenha necessariamente acessado os cuidados adequados de SM, ou mesmo recebido qualquer tipo de assistência de SM, uma vez que as barreiras de acesso identificadas nas narrativas dos pacientes, principalmente aquelas de dimensão simbólica e técnica, prejudicam a abordagem de SM.



Logo, o fato de uma pessoa acessar os serviços de saúde, passar por uma consulta médica e ter o seu atendimento devidamente registrado, não significa dizer, então, que ela tenha verdadeiramente se beneficiado dos cuidados adequados de SM.

Travassos e Martins (2004) afirmam que o processo de utilização dos serviços não pressupõe exatamente a oferta de um tratamento adequado e efetivo. Essa nuance envolve inclusive as transformações no conceito de acesso no que se refere aos cuidados em saúde, indo além da entrada nos serviços e passando a considerar os resultados dos cuidados recebidos. Desse modo, o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. O uso efetivo dos serviços de saúde depende tanto de fatores individuais predisponentes, quanto de fatores contextuais relativos à qualidade do cuidado.

Diante da importância do contexto e da limitação de uma abordagem biomédica para lidar com a natureza social do adoecimento, com vivência integral e com os problemas psicossociais vividos no cotidiano, Jansen et al. (2015) sugeriram uma variação para o termo “lacuna de tratamento” que, na opinião dos autores, deveria passar a ser “lacuna de cuidado”. Considerar a proposta de Jansen et al. (2015) nos faz pensar que, para refletir o que as narrativas de nossa pesquisa apontaram, talvez fosse necessário e, até mais pertinente ainda, criar outra variante para o conceito, que seria designada “lacuna de cuidado adequado”.

Não estamos com isso sugerindo que o indicador da lacuna de tratamento não seja válido. Obviamente, a epidemiologia é uma ciência e uma ferramenta potente para mensurar diversas estatísticas referentes às doenças da população e gerar subsídios informacionais para a formulação das políticas públicas de saúde. Dados epidemiológicos fidedignos, indubitavelmente, são uma fonte de informação relevante para o planejamento administrativo do sistema de saúde, pois permitem a elaboração de análises imprescindíveis para uma adequada tomada de decisão gerencial relativa à administração dos serviços e ações assistenciais (PAIM, 2003).

Contudo, apesar da importância da epidemiologia, o levantamento bibliográfico realizado para o termo “*treatment gap*” não identificou nenhum artigo de produção brasileira, resultado semelhante ao que observamos no estudo “Paralelos [...]” (MENEZES et al., [s.d.], no prelo), quando encontramos pouquíssimas referências nacionais usando este termo. Tais resultados sugerem uma ponderação quanto à disseminação do uso desse conceito epidemiológico na literatura de SM brasileira. Pelo que os resultados indicam, o conceito de “*treatment gap*” não é costumeiramente adotado nas pesquisas de avaliação de acesso à SM no Brasil. Assim, há um contraste entre o nível de informações sobre o acesso e sobre a

lacuna de tratamento e a ampla planta de serviços disponíveis, tanto aqueles da APS que exercem ações de SM, quanto os dispositivos de SM especializados.

Talvez a afirmação de Mari (2011) a seguir em que analisa a situação de SM no Brasil, seja uma possível explicação para essa característica da literatura encontrada no período estudado:

(...) os transtornos mentais têm recebido reduzida prioridade no planejamento das políticas públicas nacionais, especialmente no que se refere à prevenção e promoção da saúde mental. As políticas nem sempre são fundamentadas nas experiências internacionais, muitas vezes predominando o carácter ideológico e/ou da credibilidade incondicional. Isso contrasta com avanços significativos na produção científica sobre determinantes biológicos, clínicos, sociais e, sobretudo, epidemiológicos dos transtornos psiquiátricos, desenvolvida por grupos de pesquisa brasileiros. Em resumo, os princípios fundamentais de orientação das políticas de saúde mental deveriam se basear nas necessidades de saúde pública, levar em consideração a proteção dos direitos humanos como ratificada pelas relevantes convenções da ONU e serem projetadas levando em conta sistemas de saúde mental baseados em evidência e custo efetividade (MARI, 2011, p. 4595, grifo nosso).

Embora o autor não nomeie expressamente o setor da APS, ao se remeter à prevenção e à promoção de SM, subentende-se que ele esteja se referindo ao âmbito da APS, uma vez que prevenção e promoção são ações tipicamente realizadas neste setor. E, de acordo com ele, a SM na APS não recebe o destaque necessário nas políticas públicas de saúde. Além disso, Mari (2011) afirma que as políticas são orientadas por ideologias nem sempre críveis, ao invés de serem baseadas em evidências científicas como no cenário internacional.

No que diz respeito ao uso de evidências para se conferir à SM um enfoque de saúde pública, constatamos que, enquanto a literatura da SMG está atenta para quantificar a necessidade de cuidados fazendo uso intensivo de instrumentos epidemiológicos, tais como a métrica “*treatment gap*”, a produção brasileira destoa desse posicionamento. Se, de um lado, observamos que a literatura local de SM se concentra em analisar os processos de trabalho em saúde, de outro, apesar de todo o aparato de saúde pública que foi construído pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica e hoje disponibiliza cuidados de SM, o uso de evidências produzidas a partir da lacuna de tratamento ainda não é muito valorizado, dificultando o planejamento dos serviços, a administração dos recursos públicos e o manejo da própria oferta de ações de SM.

Porém, mesmo estando de acordo que não se deve prescindir da adoção de estimativas, dados estatísticos e outros constructos epidemiológicos para fins da formulação das políticas públicas de SM, da alocação dos recursos humanos e materiais e da administração da articulação entre os três níveis assistenciais (primário, especializado e terciário), é preciso lembrar que a epidemiologia se diferencia da clínica por um detalhe marcante. Enquanto a epidemiologia se ocupa de estudar a doença no âmbito das populações, a clínica o faz em

termos individuais. Poder-se-ia dizer que a clínica ampliada vai ainda mais além e observa as gradações do processo de saúde-doença em contexto. Sendo assim, como qualquer medida epidemiológica, a métrica da lacuna de tratamento apresenta limitações quando comparada às nuances polissêmicas das várias definições do conceito de “acesso”, e principalmente quanto à apreensão das minúcias subjacentes à dinâmica da RMP, como mostraram os resultados descritos.

Desse modo, investigações realizadas sob o viés da antropologia não são dispensáveis para se avaliar as filigranas da lacuna de tratamento. Neste ponto, estamos de acordo com Kale (2002), autor mencionado no item “*O conceito de ‘treatment gap’ ou lacuna de tratamento*”, para quem apenas os estudos qualitativos do comportamento das pessoas adoecidas e seus cuidadores podem gerar evidências das causas da lacuna de tratamento, evidências essas que, obviamente, poderão embasar futuras intervenções para reduzi-la. Pesquisas como esta, cujo objetivo é analisar a percepção de pacientes sobre o SE e seu respectivo cuidado, conduzidas a partir de uma sensibilidade antropológica podem contribuir para o desafio de investigar a viabilidade e a aceitação cultural das intervenções de cuidado, de compreender o impacto dos serviços de saúde na vida cotidiana de seus provedores e pacientes, e de revelar processos institucionais que levam a comprometimento da SM (KOHRT; MENDENHALL; BROWN, 2016a).

Chegamos à reta final dessa tese constatando e reiterando a visão de que o exercício do pluralismo metodológico poderia vigorar na SMG como uma possibilidade de integração de dados produzidos epidemiologicamente com informações de outra natureza (DANTAS; ODA, 2014; DELGADO, 2015). Combinar diferentes métodos de pesquisa poderia potencializar o desenvolvimento de soluções mais abrangentes para dar conta da complexidade da problemática do reconhecimento do SE e do acesso a seu respectivo cuidado. Pensando com Minayo, “o ideal seria que fôssemos capazes de valorização do aporte científico de ambos os campos, triangulando conhecimentos, métodos, técnicas e análises, frente a problemas de saúde e do setor que são, geralmente, muito complexos” (MINAYO, 2013. p. 25-26), como este de que tratamos na investigação ora em finalização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, aproximamo-nos do fim de nosso percurso. Porém, antes de finalizarmos nossa exposição, cabe lembrar, rapidamente, o caminho percorrido até aqui, assinalando as descobertas cruciais e sintetizando os achados fundamentais que emergiram no desenvolvimento desta investigação. Também é válido fazer um balanço dos pontos fortes e fracos da construção de nossa análise e, a título de conclusão, destacar as principais contribuições deste estudo local sobre sofrimento e acesso ao cuidado de SM na APS em tempos de SMG.

Retomando a grande indagação que nos levou a este trabalho – “Como aumentar o acesso ao cuidado do SE na APS?” – procuramos compreender a percepção dos pacientes sobre o SE e o seu cuidado. Uma vez tendo constatado que existem barreiras de escuta ao SE que se interpõem à efetivação do cuidado integral na APS, e no intuito de refletir sobre possíveis maneiras de contorná-las, buscamos expandir nossos conhecimentos teóricos sobre o acesso aos serviços de saúde para a obtenção de cuidados.

Assim, para se alcançar o objetivo proposto de refletir sobre o contexto local de acesso ao cuidado ao SE em tempos de SMG, realizamos dois estudos, um empírico e outro teórico-conceitual, com duas metodologias distintas. Para investigar a percepção de pacientes sobre o SE e seu cuidado, no estudo empírico, realizamos oito grupos focais com a participação de 54 pacientes em salas de espera em unidades de saúde com serviços de APS na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro. E os resultados da análise dos grupos focais nos levaram a empreender um estudo teórico-conceitual por meio de revisão bibliográfica sobre os conceitos de acesso e de “*treatment gap*”.

Uma breve recapitulação de nossa trajetória mostra que, no Capítulo 1 “*Referencial Teórico*”, apresentamos o objeto no qual focalizamos nossa pesquisa, ou seja, o SE e problemática de seu reconhecimento por médicos da APS. Além disso, discorremos sobre “*O panorama da ‘Saúde Mental para Todos’*”, descrevendo a constituição da disciplina de SMG como campo de pesquisa, ensino e práticas de intervenção. Contamos também sobre a atuação da OMS não só para colocar a SMG na agenda global, mas principalmente para torná-la um tema prioritário da “Agenda de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030”. Elencamos ainda as principais temáticas que vêm atraindo o interesse dos pesquisadores, bem

como as principais críticas que atravessam o campo. E finalizamos com um mapeamento de ações relacionadas ao campo da SMG no Brasil.

No Capítulo 2 “*A Metodologia e sua Aplicação*”, descrevemos a aplicação dos métodos qualitativos, informando os procedimentos utilizados na condução dos grupos focais e na execução da revisão bibliográfica e detalhando como foram empregados especificamente neste estudo, enquanto que, no Capítulo 3 “*Resultados do Estudo Empírico e do Estudo Teórico-Conceitual*”, expusemos os resultados dos dois métodos empregados nesta tese. Na primeira seção do capítulo, apresentamos os dados empíricos provenientes dos grupos focais, ao passo que, na segunda, explicitamos os resultados de nosso estudo teórico-conceitual sobre acesso e “*treatment gap*”.

O quarto e último capítulo, intitulado “*Análise dos Dados Empíricos e Conceituais*”, é onde analisamos e discutimos os nossos achados num processo que ocorreu em três camadas. Primeiramente, abordamos cada uma das cinco categorias de análise que emergiram dos grupos focais; em segundo lugar, analisamos os efeitos do *looping* antiterapêutico que surge com a interação das categorias; no terceiro momento, relacionamos os achados empíricos com os achados conceituais, isto é, procuramos discutir os resultados dos grupos focais norteados pelos conceitos de “*acesso*” e “*treatment gap*” e, ainda, pelo referencial do campo da SMG.

De acordo com a trajetória ora relatada, é possível dizer que percorremos os objetivos específicos a que nos propusemos no início desta tese, isto é, aqueles de apresentar o campo da SMG; analisar a percepção de pacientes sobre o SE e o cuidado na APS; discutir as barreiras e os facilitadores ao cuidado de SM considerando o panorama da SMG.

Um exercício de auto avaliação indica que, naturalmente, o trabalho tem pontos fortes e fracos. Entre os destaques dessa tese está a tentativa de conduzir uma investigação na interface entre a Saúde Coletiva brasileira e a disciplina internacional da SMG, buscando produzir um diálogo entre campos que, muitas vezes, partem de premissas epistemológicas básicas ligeiramente distintas, ainda que muitas iniciativas de SMG busquem incorporar as características do contexto local. Outro destaque é a riqueza de associar duas metodologias de pesquisa, buscando articular um método empírico com outro mais conceitual. Exemplificar que a abordagem narrativa pode ser usada tanto como estratégia de pesquisa, quanto como instrumento para potencializar o ato clínico é outra virtude. Constituir uma investigação exploratória na APS que resultou num conjunto de evidências narrativas sobre o SE e os empecilhos à escuta médica ao SE pode ser assinalado como o maior mérito desta pesquisa, assim como informar sobre perspectivas culturais e modos discursivos locais de compreensão

do SE para enriquecer abordagens de Saúde Mental Global pode ser realçado como mais um ponto forte à medida que é uma contribuição local ao panorama global.

Dentre as limitações, no que diz respeito ao estudo empírico, pesquisar em sala de espera imediatamente antes do atendimento médico pode ter enviesado os resultados, tanto por parte de pacientes que se recusaram a participar dos grupos focais com medo de perder sua consulta, quanto por parte de outros pacientes que podem ter fornecido informações de modo apressado, sem fazer grandes reflexões. Além disso, a interrupção da participação quando pacientes seguiram para seu atendimento médico dificultou a coleta de dados, e realizar o estudo num período de grandes transformações assistenciais impediu a análise dos dados separadamente. No que se refere ao estudo teórico-conceitual, contar com um levantamento bibliográfico realizado em 2014 talvez tenha deixado de fora referências atualizadas eventualmente significativas, ainda que a revisão bibliográfica tenha se baseado em ensaios teóricos, cujo conteúdo conceitual não se torna rapidamente ultrapassado.

As limitações assinaladas, todavia, não inviabilizaram a análise dos mais variados dados obtidos, nem nos impediram que chegar a algumas descobertas que, embora já tenham sido comentadas ao longo de nossa exposição, optamos por repassar rapidamente aqui:

- O SE é vivenciado como um fenômeno de natureza multidimensional que abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais que se fundem num binômio físico-moral. Pessoas com SE, frequentemente, apresentam-se à com queixas de SE, as quais são compreendidas sob a nomenclatura dos TMC;
- Os TMC são altamente prevalentes, geram grande sobrecarga aos pacientes, suas famílias e ao sistema de saúde, e podem ser incapacitantes, porém geralmente não são adequadamente cuidados;
- Apesar da expansão das equipes de APS/ESF no país e de seu reconhecimento, tanto nacional, quanto internacionalmente, como o nível assistencial mais adequado para o cuidado de SM, o índice de identificação e cuidado do SE por médicos generalistas ainda é baixo, o que constitui ao menos uma parte da lacuna de tratamento;
- O campo da SMG se intensifica a partir da Série Lancet de 2007 e cresce substancialmente. As iniciativas em prol do aumento do acesso à SM e da defesa dos direitos daqueles com algum tipo de sofrimento mental são coordenadas por um conjunto diverso de atores que lideram os esforços de *advocacy* e pesquisa em diversas partes do mundo, em especial nos LMIC, sob forte influência e participação da OMS, que vem insistentemente defendendo a prioridade da SM na agenda global;

- As pesquisas e práticas de SMG frequentemente são feitas por acadêmicos estrangeiros em países LMIC, vêm se intensificando e se ocupando de diversas temáticas incluindo, por exemplo, a prevalência dos TMC; o funcionamento dos serviços de saúde e de diferentes modalidades de intervenções; o cuidado ao TMC no curso da vida e em linhas de cuidado; a conduta ética, etc.;
- Mesmo reconhecida pelo empenho em colocar a SMG na agenda global, alguns criticam a OMS por avaliarem que, concomitantemente às diretrizes que divulga, a agência difunde o pensamento biomédico agindo supostamente, portanto, como um representante do complexo médico-farmacêutico-industrial; age como multiplicador do pensamento neoliberal; reproduz práticas colonialistas sob roupagem de um imperialismo moderno; propaga a ideologia do individualismo, faz política de saúde de modo apolítico, sem discutir as relações de poder que permeiam o campo da saúde;
- Apesar de todos os esforços para aumentar o acesso à SM, o campo da SMG é permeado por uma série de controvérsias geradas por divergências entre aqueles que agem segundo a perspectiva universalista e outros que adotam a perspectiva localista, polarização que fica nítida, de um lado, nas intervenções que empregam uma abordagem biomédica baseada exclusivamente em evidências científicas e, de outro, nas intervenções que buscam priorizar a abordagem comunitária com enfoque no contexto sociocultural e no engajamento dos atores locais;
- No Brasil, o interesse pela disciplina de SMG avança, com o surgimento de setores específicos em instituições acadêmicas reconhecidas que desenvolvem iniciativas atreladas ao campo, muitas em parceria com universidades e pesquisadores estrangeiros. Porém, o histórico local de implantação de um sistema de saúde público e universal, com seu arcabouço político-normativo e todo o aparato de APS e dos cuidados de SM, incluindo a inserção na APS e os dispositivos de SM especializados, coloca o Brasil em condição privilegiada em relação a outros LMIC e o habilita para avaliar as diretrizes de SM externas e implantá-las com certa “roupagem” local, além possibilitar ao país trocar experiências ou até mesmo “exportá-las”, fornecendo recomendações técnicas para outros países;
- O conceito de “*acesso*” é polissêmico e multidimensional, abrangendo desde as políticas e o financiamento do sistema de saúde, passando pela organização e funcionamento dos serviços, pelos dispositivos tecnológicos disponíveis, pela habilidade técnica das equipes de saúde, até às compreensões simbólicas do processo de saúde-doença;

- O conceito de “*treatment gap*” refere-se a uma métrica da epidemiologia utilizada para calcular matematicamente a diferença entre a oferta de serviços e a quantidade de pessoas que necessitam de cuidados de SM. Por ser uma ferramenta epidemiológica, seu uso apresenta limitações, pois não abarca as delicadas filigranas simbólicas e nuances culturais que perpassam e constituem o processo de saúde-doença;
- Cinco categorias de análise emergiram dos grupos focais sobre a percepção do paciente em relação ao SE e seu cuidado: 1) explicação do sofrimento; 2) comunicação do sofrimento ao médico; 3) comunicação da estruturação do cuidado; 4) comunicação do sofrimento no contexto assistencial; 5) Facilitadores e Barreiras ao Cuidado (categorial transversal);
- A análise das categorias apontou a evidência de haver barreiras que podem ser agrupadas em três esferas: barreiras intrínsecas ao paciente, barreiras referentes a atitudes do médico, e barreiras relacionadas ao contexto assistencial, as quais interagem e se retroalimentam, formando um *looping* antiterapêutico que compromete a efetivação do acesso ao cuidado;
- As barreiras identificadas correlacionam-se com todas as cinco dimensões do acesso, e contorná-las exige um conjunto de ações estratégicas que devem ser planejadas de acordo as dimensões do acesso;
- Apesar dos esforços e diretrizes da SMG para o aumento do acesso à SM e da expansão local da ESF, a falta de reconhecimento do SE por parte dos médicos da porta de entrada impede a efetivação do cuidado pelos serviços de APS. A falta de acesso ao cuidado de SM não deixa de ser uma forma de negar o direito à saúde, mantendo, portanto, a lacuna de tratamento em alta, conceito que propomos ser redesignado para lacuna de cuidado adequado.

Em síntese, ao analisar a percepção sobre o SE e o cuidado médico na APS, esta pesquisa explorou narrativas de pacientes e constatou que eles demonstram uma vivência integral do SE e que enfrentam barreiras para comunicar seu SE ao médico, as quais limitam seu acesso ao cuidado. Não escutar, nem reconhecer, nem abordar o SE é uma forma de invisibilizá-lo. Resultado que, nesse caso, aponta para a escassez do cuidado e, portanto, para a existência de uma lacuna de tratamento, ou melhor, para uma lacuna de cuidado adequado. Isso revela que, apesar de sua expansão e alta capacidade de atendimento, a APS não está totalmente preparada para contemplar as demandas de SM e a quantidade de pessoas com SE que frequentemente recorrem ao setor.



Retomando nossa preocupação inicial, avaliamos que se, num cenário de *overtreatment* e excesso de processos medicalizantes, subjetividades e epistemologias locais correm o risco de serem homogeneizadas, por outro lado, num cenário de *undertreatment*, elas podem ser invisibilizadas, apagadas.

Dessa forma, negar a importância da comunicação do SE é impedir a utilização plena dos serviços e, portanto, negar o direito ao acesso à saúde. Perante a prevalência de pessoas com SE, esse achado representa um sério desafio de acesso a ser enfrentado, o qual exige a realização de ações estratégicas que precisam ser planejadas levando em conta as várias dimensões de acesso (política, econômico social, organizacional, técnica e simbólica).

Em outras palavras, procuramos analisar o destino dado ao SE que aparece nos serviços de saúde, sobretudo sob a forma de demanda por cuidados e assistência profissional. Qualquer resposta à indagação sobre como aumentar a abordagem ao SE na APS não poderia dispensar uma investigação sobre a percepção dos pacientes, e nenhuma análise deveria prescindir de um estudo teórico-conceitual que tenha a finalidade de ampliar o conhecimento e de levantar novas considerações a respeito do que se diz sobre as práticas assistenciais nesse campo.

Antes de concluir, lembramos que alguns podem considerar utópico falar de SE quando tantas outras condições de saúde letais seguem sem atenção. Outros podem considerar inútil falar de SE quando as políticas sociais, de modo geral, estão, concretamente, correndo o risco de dissolução. Outros podem julgar desperdício falar de SE num momento em que o SUS – uma das maiores conquistas sociais deste país, com reconhecimento internacional – vem sofrendo um evidente processo de precarização e desmontagem tanto no nível federal, quanto estadual e municipal.

Todavia, chegamos ao término desta empreitada compreendendo que dificultar a comunicação do SE é sinônimo de inviabilizar o acesso ao cuidado, o que pode concorrer para o que Kleinman (2009, p.604) chamou de “falência moral de humanidade” por não assegurar o direito à saúde daqueles que vivenciam algum SE. Constatamos também que minar o acesso da população ao cuidado da Saúde Pública, é uma forma de violência estrutural, pois o sistema que deveria cuidar é o mesmo que impede que as pessoas tenham suas necessidades atendidas, acirrando ainda mais as desigualdades sociais.

Tal constatação nos serve de forte alerta para defendermos a uma APS integral. Se quando iniciamos esta pesquisa já pensávamos na importância de defender a qualificação da APS, com as recentes mudanças na Política Nacional de Atenção Básica 2017 que apontam para uma APS de caráter seletivo, reconhecemos a importância de defender o seu

fortalecimento como uma medida de defender um sistema público de saúde que promova a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção, e incentive a participação social democrática e que, justamente por seguir esses princípios, é um importante locus de cuidado de SM.

Dialogando com o campo da SMG, e na esperança de minimizar o sofrimento humano, este trabalho pretendeu apontar algumas ações institucionais estratégicas para, no Brasil, ajudar não só no reconhecimento do SE, mas também a nortear na APS a estruturação de um cuidado integral, culturalmente sensível e socialmente relevante. Desejamos, enfim, que as reflexões sobre as narrativas aqui contidas possam, acima de tudo, ter evidenciado a perspectiva e as necessidades daqueles que são a razão de existir do SUS, afinal, lembrando Galeano (2018), se a uva é feita de vinho, talvez os usuários do SUS sejam as palavras que contam o que eles são.

## REFERÊNCIAS

- ABAS, M. et al. ‘Opening up the mind’: problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 10, n. 1, p. 39, 11 dez. 2016.
- AGGARWAL, N. K. Applying mobile technologies to mental health service delivery in South Asia. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 5, n. 3, p. 225–230, set. 2012.
- ALONSO, J. et al. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. **Journal of Affective Disorders**, v. 118, n. 1–3, p. 180–186, nov. 2009.
- AMARAL, J. F. . **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**, 2007.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, v. 36, n. 1, p. 1–10, mar. 1995.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society**, v. 51, n. 1, p. 95–124, 1973.
- ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. DE. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61–67, 2005.
- ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, p. e31879, 14 fev. 2012.
- ANDRADE, L. H. et al. Days out-of-role due to common physical and mental health problems: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **Clinics**, v. 68, n. 11, p. 1392–1399, 1 nov. 2013.
- ARJADI, R. et al. A systematic review of online interventions for mental health in low and middle income countries: a neglected field. **Global Mental Health**, v. 2, p. e12, 14 jul. 2015.
- ASSIS, M.; JESUS, W. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.
- ATHIÉ, K. et al. Perceptions of Health Managers and Professionals about Primary and Mental Health Care Integration in Rio de Janeiro: a Mixed-Methods Study. **BMC health services research**, v. 16, n. 1, p. 532, 2016.
- ATHIÉ, K. **A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: um estudo sobre o matriciamento na área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro**. [s.l.]

156f. Tese. (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UERJ). Rio de Janeiro, 2017.

ATHIÉ, K. et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 75–86, jan. 2017.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 64–74, 5 abr. 2013.

ATIF, N.; LOVELL, K.; RAHMAN, A. Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda. **Seminars in Perinatology**, v. 39, n. 5, p. 345–352, ago. 2015.

AUGUSTO, D. K. et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–4, 7 jun. 2018.

BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 598–606, dez. 2010.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v. 45, n. n.spe2, p. 1780–1785, 2011.

BARTLETT, N.; GARRIOTT, W.; RAIKHEL, E. What's in the ‘Treatment Gap’? Ethnographic Perspectives on Addiction and Global Mental Health from China, Russia, and the United States. **Medical Anthropology**, v. 33, n. 6, p. 457–477, 2 nov. 2014.

BASS, J. et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes. **British Journal of Psychiatry**, v. 188, n. 06, p. 567–573, 2 jun. 2006.

BECKER, A. E.; KLEINMAN, A. Mental health and the global agenda. **The New England journal of medicine**, v. 369, n. 1, p. 66–73, 4 jul. 2013.

BEMME, D.; D'SOUZA, N. A. Global mental health and its discontents: an inquiry into the making of global and local scale. **Transcultural psychiatry**, v. 51, n. 6, p. 850–74, 30 dez. 2014.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7–11, 1991.

BOCKTING, C. L. H. et al. The potential of low-intensity and online interventions for depression in low- and middle-income countries. **Global Mental Health**, v. 3, p. e25, 19 ago. 2016.

- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOLTON, P. et al. Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda. **JAMA**, v. 289, n. 23, p. 3117, 18 jun. 2003.
- BORGES, T. L. et al. Common Mental Disorders in Primary Health Care Units: Associated Factors and Impact on Quality of Life. **Journal of the American Psychiatry**, v. 22, n. 5, p. 378–386, 2016.
- BRACKEN, P.; GILLER, J.; SUMMERFIELD, D. Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. 2018.
- BRASIL. **O programa de saúde da família e atenção básica no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **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, DF: Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica, 2003.
- BRASIL. **Portaria no. 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Diretrizes do Núcleo de Apoio da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 27)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2010.
- BRASIL. **Portaria no. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. **Portaria no. 3088 de 11 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.
- BRASIL. **Resolução nº 3. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília, DF: Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Superior. Câmara de Educação, 2014.
- BRASIL. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 31 ago. 2016.
- BRASIL. **Portaria no. 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. **Nota nº 169, 30 de maio de 2018. Brasil eleito presidente do Conselho Executivo da OMS**. Ministério das Relações Exteriores. Assessoria de Imprensa, 2017b.
- BRODATY, H.; ANDREWS, G.; KEHOEL, L. Psychiatric illness in general practice. Why is it missed? **Aust. Fam. Physician**, v. 8, p. 625–31, 1982.

BROUWERS, E. P. M. et al. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. **BMJ open**, v. 6, n. 2, p. e009961, 23 fev. 2016.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The World Health Organization and the transition from international to global public health. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 1, p. 62–72, jan. 2006.

BRYANT, R. A. et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 8, p. e1002371, 15 ago. 2017.

BTESHE, M. **Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais sobre o cuidado no comportamento suicida**. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

CAMPBELL, C.; BURGESS, R. The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. **Transcultural psychiatry**, v. 49, n. 3–4, p. 379–95, jul. 2012.

CAMPOS, G. W. D. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARRIERI, D. et al. ‘Care Under Pressure’: a realist review of interventions to tackle doctors’ mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. **BMJ Open**, v. 8, n. 2, p. e021273, 2 fev. 2018.

CARVALHO MALTA, D. I. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol dez**, v. 18, n. 2, p. 3–16, 2015.

CHATTERJEE, S. et al. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. **World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 7, n. 1, p. 39–46, fev. 2008.

CHIAVERINI, D. (ORG). **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: CEPESC, 2011.

CHIBANDA, D. 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**, v. 11, n. 1, p. 828, 26 dez. 2011.

CHIBANDA, D. et al. The Friendship Bench programme: a cluster randomised controlled trial of a brief psychological intervention for common mental disorders delivered by lay

health workers in Zimbabwe. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 9, n. 1, p. 21, 23 dez. 2015.

CHIBANDA, D. et al. Scaling up interventions for depression in sub-Saharan Africa: lessons from Zimbabwe. **Global Mental Health**, v. 3, p. e13, 11 abr. 2016a.

CHIBANDA, D. et al. Effect of a Primary Care–Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe. **JAMA**, v. 316, n. 24, p. 2618, 27 dez. 2016b.

CHIBANDA, D. et al. Using a theory driven approach to develop and evaluate a complex mental health intervention: the friendship bench project in Zimbabwe. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 10, n. 1, p. 16, 29 dez. 2016c.

CHIUMENTO, A. et al. Ethical standards for mental health and psychosocial support research in emergencies: review of literature and current debates. **Globalization and health**, v. 13, n. 1, p. 8, 8 fev. 2017a.

CHIUMENTO, A. et al. Evaluating effectiveness and cost-effectiveness of a group psychological intervention using cognitive behavioural strategies for women with common mental disorders in conflict-affected rural Pakistan: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 18, n. 1, p. 190, 26 dez. 2017b.

CÍA, A. H. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, n. 4, p. 341–350, 19 abr. 2018.

CLEVELAND, J. et al. Symbolic violence and disempowerment as factors in the adverse impact of immigration detention on adult asylum seekers' mental health. **International Journal of Public Health**, 2 jun. 2018.

COHEN, A.; PATEL, V.; MINAS, H. A brief history of global mental health. In: PATEL, V. et al. (Eds.). **Global mental health: principles and practice**. New York, NY: Oxford University Press, 2014. p. 3–26.

COLE, T. R.; CARLIN, N. The suffering of physicians. **Lancet (London, England)**, v. 374, n. 9699, p. 1414–5, 24 out. 2009.

COLEMAN, R.; LOPPY, L.; WALRAVEN, G. The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 5, p. 378–83, 2002.

COLLINS, P. Y. et al. Grand challenges in global mental health. **Nature**, v. 475, n. 7354, p. 27–30, 6 jul. 2011.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209–32, 1992.

CORBO, A.; MOROSINI, M.; PONTES, A. Saúde da Família: construção de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde**

**da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4), 2007. p. 69–106.

CORREIA, C. R. DE M. **Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial: um estudo multicêntrico.** [s.l.] 2013. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2013.

COYNE, J. C.; SCHWENK, T. L.; FECHNER-BATES, S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. **General hospital psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 3–12, jan. 1995.

CRATSLEY, K.; MACKEY, T. K. Health policy brief: Global mental health and the United Nations' sustainable development goals. **Families, Systems, & Health**, v. 36, n. 2, p. 225–229, jun. 2018.

CRSG. **Saúde Mental Global no Centro Rio de Saúde Global.** Disponível em: <[http://centroriosaudeglobal.org/?page\\_id=763](http://centroriosaudeglobal.org/?page_id=763)>. Acesso em: 18 jan. 2018.

DANTAS, C. DE R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1127–1179, dez. 2014.

DANTAS, M. A. **Sofrimento Psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão.** Curitiba: Juruá, 2009.

DAWSON, K. S. et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. **World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 14, n. 3, p. 354–7, out. 2015.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 13–18, mar. 2015.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 143–148, mar. 2012.

DEMYTTENAERE, K. et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **JAMA**, v. 291, n. 21, p. 2581–90, 2 jun. 2004.

DIAS, A. et al. Intervention development for the indicated prevention of depression in later life: The “DIL” protocol in Goa, India. **Contemporary Clinical Trials Communications**, v. 6, p. 131–139, jun. 2017.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais** Estudos de Psicologia (Natal), 1998.

DOCHERTY, M. et al. Evidence-based guideline implementation in low and middle income countries: lessons for mental health care. **International Journal of Mental Health Systems**,



v. 11, n. 1, p. 8, 5 dez. 2017.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONKER, T.; KLEIBOER, A. Special issue: e-health innovations for global mental health. **Global mental health (Cambridge, England)**, v. 5, p. e5, 2018.

DOUCET, M.-H.; PALLITTO, C.; GROLEAU, D. Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature. **Reproductive health**, v. 14, n. 1, p. 46, 23 mar. 2017.

DREW, N. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. **Lancet**, v. 378, n. 9803, p. 1664–75, 5 nov. 2011.

DUARTE, L. F. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; CNPq, 1986.

EATON, J. et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 378, n. 9802, p. 1592–603, 29 out. 2011.

FARMER, P. On Suffering and Structural Violence: A View from Below. **Daedalus**, v. 125, n. 1, p. 261–283, 1996.

FARMER, P. E. et al. Structural violence and clinical medicine. **PLoS medicine**, v. 3, n. 10, p. e449, 24 out. 2006.

FAUSTO, M.; MATTA, G. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.; CORBO, A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FAVORETO, C. A. O. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2007. p. 213–229.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. DE. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 473–483, 2011.

FELICIANO, K. V. DE O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373–3382, ago. 2011.

FERNANDO, G. A. The roads less traveled: mapping some pathways on the global mental health research roadmap. **Transcultural psychiatry**, v. 49, n. 3–4, p. 396–417, jul. 2012.

FERNANDO, S. A “global” mental health program or markets for Big Pharma? **Open Mind**, p. 22, 2011.

FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139G–149G, 1 fev. 2012.

FISHER, J. R. et al. The Ha Noi Expert Statement: recognition of maternal mental health in resource-constrained settings is essential for achieving the Millennium Development Goals. **International journal of mental health systems**, v. 5, n. 1, p. 2, 7 jan. 2011.

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**. [s.l.] 2007. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

FONSECA, M. L. G. Diferenças Culturais Entre Profissionais de Saúde e Clientela Acerca do Nervoso: da Distância à Compreensão da Diversidade. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 468–477, 2009.

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, 2008.

FORTES, P. A. C.; PEDALINI, L. M. Instituições internacionais que atuam em saúde global. In: FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. (Orgs.). **Saúde Global**. Barueri, SP: Manole, 2014. p. 23–36.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1079–1102, 2014.

FORTES, S. **Documento técnico: avaliação do treinamento do Guia de Intervenção - Mental Health Gap Brasil**. Rio de Janeiro, 2018.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32–37, 2008.

FRANCO-GIRALDO, A.; FRANCO-GIRALDO, A. Revisión de enfoques académicos en salud global: un marco analítico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1811–1823, set. 2015.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, v. 27, p. 438–53, 1985.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burnout. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159–165, jan. 1974.

GALEANO, E. **O Livro dos Abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2018.

GASK, L.; COVENTRY, P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 21, n. 02, p. 139–144, 29 jun.

2012.

GERDNER, O. A. Cura Te Ipsum: physician burnout as the most lethal threat to humanism in medicine and the health of the patient-physician relationship. **Connecticut medicine**, v. 78, n. 7, p. 429–30, ago. 2014.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Orgs.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177–198.

GOLDBERG D. Reasons for misdiagnosis. In: SARTORIOUS, N.; GOLDBERG, D. ET AL. (Eds.). **Disorders in General Medical Settings**. New York: Hogrefe & Huber (WHO), 1990. p. 139–145.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. Londres: Routledge, 1992.

GONÇALVES, D. et al. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. et al. (Orgs.). **Medicina Ambulatorial - Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências - Duncan**. 4a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1976.

GONÇALVES, D. A. et al. Determinants of Common Mental Disorders Detection by General Practitioners in the Primary Health Care in Brazil. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 41, n. 1, p. 3–13, 31 jan. 2011.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623–632, mar. 2014.

GREGÓRIO, G. et al. Setting priorities for mental health research in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 434–439, 2012.

GROLEAU, D.; YOUNG, A.; KIRMAYER, L. J. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. **Transcultural psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 671–91, 1 dez. 2006.

GUARNACCIA, P. J.; RODRIGUEZ, O. Concepts of Culture and Their Role in the Development of Culturally Competent Mental Health Services. **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, v. 18, n. 4, p. 419–443, 1 nov. 1996.

GUEDES, C. .; NOGUEIRA, M. .; CAMARGO JR., K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1093–1103, 2006.

HALL, M. et al. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, does it matter? **The Milbank Quarterly**, v. 79, n. 4, p. 613–639, 2001.

HAMDANI, S. U. et al. Problem Management Plus (PM+) in the management of common mental disorders in a specialized mental healthcare facility in Pakistan; study protocol for a randomized controlled trial. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, n. 1, p.

40, 8 dez. 2017.

HELMAN, C. Interações Médico-Paciente. In: HELMAN, C. (Org.). **Cultura, Saúde, Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOCK, R. S. et al. A new resolution for global mental health. **Lancet**, v. 379, n. 9824, p. 1367–8, 14 abr. 2012.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 231–239, jan. 2000.

HUNT, M. R.; GODARD, B. Beyond procedural ethics: Foregrounding questions of justice in global health research ethics training for students. **Global Public Health**, v. 8, n. 6, p. 713–724, 10 jul. 2013.

IBGE. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: [s.n.].

INGLEBY, D. How “evidence-based” is the Movement for Global Mental Health? **OPEN ACCESS**, v. 1, n. 2, p. 203–226, 2014.

IZUTSU, T. et al. Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals. **Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 12, p. 1052–1054, 2015.

JACOB, K. S. et al. Global Mental Health 4. Mental health systems in countries: where are we now? **Lancet**, v. 370, n. 9592, p. 1061–77, 22 set. 2007.

JANSEN, S. et al. The “treatment gap” in global mental health reconsidered: Socioterapy for collective trauma in Rwanda. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 6, n. 1, p. 28706, 19 dez. 2015.

JONES, A. D. Food Insecurity and Mental Health Status: A Global Analysis of 149 Countries. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 53, n. 2, p. 264–273, ago. 2017.

KAKUMA, R. et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. **Lancet**, v. 378, n. 9803, p. 1654–63, 5 nov. 2011.

KALE, R. The Treatment Gap. **Epilepsia**, v. 43, n. 6, p. 31–33, 2002.

KARASZ, A. et al. What we talk about when we talk about depression: doctor-patient conversations and treatment outcomes. **British Journal of General Practice**, p. 55–63, 2012.

KEELEY, R. D. et al. A qualitative comparison of primary care clinicians’ and their patients’ perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. **BMC family practice**, v. 15, n. 1, p. 13, 15 jan. 2014.

KEYS, H. M.; KAISER, B. N. Language, Measurement, and Structural Violence: Global Mental Health Case Studies from Haiti and Dominican Republic. In: WHITE, R. et al. (Eds.). **The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health**. Londres: Palgrave Macmillan, 2017. p. 589–607.

KHAN, M. N. et al. Evaluating feasibility and acceptability of a group WHO trans-diagnostic intervention for women with common mental disorders in rural Pakistan: a cluster randomised controlled feasibility trial. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, p. 1–11, 10 jul. 2017.

KIELING, C. et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Lancet**, v. 378, n. 9801, p. 1515–1525, 22 out. 2011.

KIRMAYER, L. J. Rethinking cultural competence. **Transcultural Psychiatry**, v. 49, n. 2, p. 149–164, 2012a.

KIRMAYER, L. J. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism. **Social science & medicine (1982)**, v. 75, n. 2, p. 249–56, jul. 2012b.

KIRMAYER, L. J.; PEDERSEN, D. Toward a new architecture for global mental health. **Transcultural psychiatry**, v. 51, n. 6, p. 759–776, 2014.

KIRMAYER, L.; SWARTZ, L. Culture and global mental health. In: PATEL, V. et al. (Eds.). **Global mental health: principles and practice**. New York: Oxford University Press, 2014. p. 41–62.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Book, 1988.

KLEINMAN, A. Global mental health: a failure of humanity. **The Lancet**, v. 374, n. 9690, p. 603–604, ago. 2009.

KLEINMAN, A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen - and soon. **British Journal of Psychiatry**, v. 201, n. 06, p. 421–422, 2 dez. 2012.

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

KOVRT, B. A.; MENDENHALL, E.; BROWN, P. J. A Road Map for Anthropology and Global Mental Health. In: KOVRT, B. A.; MENDENHALL, E. (Eds.). **Global Mental Health: Anthropological Perspectives**. New York: Routledge, 2016a. p. 341–352.

KOVRT, B. A.; MENDENHALL, E.; BROWN, P. J. Historical Background: Medical Anthropology and Global Mental Health. In: KOVRT, B. A.; MENDENHALL, E. (Eds.). **Global Mental Health: Anthropological Perspectives**. New York: Routledge, 2016b. p. 19–34.

LANCET. Movement for global mental health gains momentum. (Editorial). **Lancet (online)**, v. 374, n. August, 22, 2009.

LANCET, G. M. H. G. Global Mental Health 6. Scale up services for mental disorders: a call for action. **Lancet**, v. 370, n. September 4, p. 1241–52, 2007.

LASALVIA, A. et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. **The Lancet**, v. 381, n.

9860, p. 55–62, 5 jan. 2013.

LASALVIA, A. et al. Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: The ASPEN/INDIGO international study. **British Journal of Psychiatry**, v. 207, n. 06, p. 507–514, 2 dez. 2015.

LEAL, E. M. et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2393–2402, 2016.

LIMA, E. M. F. DE A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 593–606, 2014.

LIN, E. Melhorar o tratamento da depressão pelos médicos de cuidados primários. In: TANSELLA, M.; THORNICROFT. (Eds.). **Perturbações mentais comuns nos cuidados primários**. Lisboa: Routledge, 1999.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451–467, 2008.

LUITEL, N. P. et al. Treatment gap and barriers for mental health care: A cross-sectional community survey in Nepal. **PLoS one**, v. 12, n. 8, p. e0183223, 2017.

LUND, C. et al. Global Mental Health 1. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 378, p. 1502–1514, 2011.

LUND, C. et al. PRIME: A Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders in Five Low- and Middle-Income Countries. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 12, p. e1001359, 27 dez. 2012.

LUND, C. Improving quality of mental health care in low-resource settings: lessons from PRIME. **World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 17, n. 1, p. 47–48, fev. 2018.

LYRA, M. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, v. 8, n. 24, p. 57–66, 2007.

MACHADO, L. B. M. et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–16, 4 abr. 2018.

MACINKO, J.; HARRIS, M. . Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **The New England Journal of medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015.

MARI, J. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 16, n. 12, p. 4593–4596, 2011.

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**, v. 148, p. 23–26, 1986.

MARI MARI, J. J. E. A. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 21, p. 501–7, 1987.

MARTINS, J.; BICUDO, M. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo, SP: EDUC / Moraes, 1989.

MAULIK, P. K. et al. Increasing use of mental health services in remote areas using mobile technology: a pre–post evaluation of the SMART Mental Health project in rural India. **Journal of Global Health**, v. 7, n. 1, p. 010408, jun. 2017.

MAULIK, P. K.; KALLAKURI, S.; DEVARAPALLI, S. Operational challenges in conducting a community-based technology-enabled mental health services delivery model for rural India: Experiences from the SMART Mental Health Project. **Wellcome Open Research**, v. 3, p. 43, 18 abr. 2018.

MENDENHALL, E.; KOHRT, B. A. Anthropological Methods in Global Mental Health Research. In: KOHRT, B. A.; MENDENHALL, E. (Eds.). **Global Mental Health: Anthropological Perspectives**. New York: Routledge, 2016. p. 37–50.

MENDONÇA, M. H. M. DE et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355–2365, ago. 2010.

MENEGHINI, R. Visibilidade internacional da produção brasileira em saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1058–1059, jun. 2010.

MENEZES, A. L. A. et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária à Saúde: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [no prelo].

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

MENEZES, A. L. A. **Intervenções psicossociais para Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde**. 2012. 176f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social (UERJ/IMS). Rio de Janeiro, 2012.

MENEZES, A. L. A.; CORREIA, C. R. DE M. **Curso de Capacitação de Saúde Mental na Atenção Primária da UNASUS-MA (versão EAD). Módulo 4: Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária, Transtornos Mentais Comuns**. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão 2016.

MENEZES, A. L. A.; FORTES, S. **Pesquisa qualitativa para Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro. (Projeto de pesquisa)**. Rio de Janeiro: Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2012.

MENEZES, A. L. A.; FORTES, S. **Pesquisa qualitativa para Avaliação do Cuidado em**

**Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro. (Relatório de participação no projeto no. E-26/102.610/2012 do LIPAPS/FCM/UERJ, jul 2013 a fev 2014).** Rio de Janeiro: Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** Saúde em D ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

METZL, J. M.; HANSEN, H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. **Social science & medicine** (1982), v. 103, p. 126–33, fev. 2014.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. D. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170–185, fev. 2014.

MICHELSON, D.; PATEL, V. Commentary: Distillation and element-based design of psychological treatments in global mental health - a commentary on Brown et al. (2017). **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 58, n. 4, p. 525–527, abr. 2017.

MILLS, C.; FERNANDO, S. Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. **Disability and the Global South, OPEN ACCESS**, v. 1, n. 2, p. 188–202, 2014.

MINAYO, M. C. DE S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 21–31, mar. 2013.

MOFFITT, T. E. et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. **Psychological Medicine**, v. 40, n. 06, p. 899–909, 1 jun. 2010.

MORELLI, S. G. S.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. DA. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1–9, 31 mar. 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MUGISHA, J. et al. Health systems context(s) for integrating mental health into primary health care in six Emerald countries: a situation analysis. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, n. 1, p. 7, 5 dez. 2017.

N. MUTISO, V. et al. Epidemiological patterns and correlates of mental disorders among orphans and vulnerable children under institutional care. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 1, p. 65–75, 3 jan. 2017.

NAKASH, O. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. **Psycho-Oncology**, v. 23, n. 1, p. 40–51, jan. 2014.

NAVARRO, V. Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since



Alma Ata. **Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development**, v. 8, n. 2, p. 152–155, 1 ago. 2008.

NAVARRO, V. What We Mean by Social Determinants of Health. **International Journal of Health Services**, v. 39, n. 3, p. 423–441, jul. 2009.

NG, L. C. et al. Proposed Training Areas for Global Mental Health Researchers. **Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry**, v. 40, n. 4, p. 679–85, ago. 2016.

NIMH. **Collaborative Hubs for International Research in Mental Health**. National Institute of Mental Health. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/organization/gmh/globalhubs/index.shtml>. Acesso em: 03/10/2018.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NOSÈ, M. et al. Prevalence and Correlates of Psychological Distress and Psychiatric Disorders in Asylum Seekers and Refugees Resettled in an Italian Catchment Area. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 20, n. 2, p. 263–270, 20 abr. 2018.

NUNES, M. DE O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, dez. 2002.

NUNES, M. DE O. O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 38–47, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 6, p. 1090–1096, 2008.

ORTEGA, F. **Corporeality, Medical Technologies and Contemporary Culture**. New York: Routledge, 2014.

ORTEGA, F.; WESCESLAU, L. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. **Cad Saude Pública**, v. 31, n. 11, p. 2255–2257, 2015.

PAHO. **Innovative Mental Health Programs in Latin America & the Caribbean**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2008.

PAHO. **Atlas Regional de Salud Mental - Diciembre 2015**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2016.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 21 maio 2011.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557–567, 2003.

PATEL, N.; KELLEZI, B.; WILLIAMS, A. C. D. C. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2014, n. 11, p. CD009317, 11 nov. 2014.

PATEL, V. et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 11, p. 1461–1471, 1999.

PATEL, V. Mental health in low- and middle-income countries. **British Medical Bulletin**, v. 81–82, n. 1, p. 81–96, 6 fev. 2007.

PATEL, V. et al. Global Mental Health 3. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9591, p. 991–1005, 15 set. 2007.

PATEL, V. et al. 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. **Lancet (London, England)**, v. 376, n. 9758, p. 2086–95, 18 dez. 2010.

PATEL, V. et al. A renewed agenda for global mental health. **Lancet (online)**, v. 378, n. 9801, p. 1441–2, 22 out. 2011a.

PATEL, V. et al. 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**, v. 199, n. 06, p. 459–466, 2 dez. 2011b.

PATEL, V. et al. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. **PLoS Med**, v. 10, n. 5, p. e1001448, 2013.

PATEL, V. Why mental health matters to global health. **Transcultural Psychiatry**, v. 51, p. 777–789, 2014.

PATEL, V.; KIRKWOOD, B. Perinatal depression treated by community health workers. **The Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 868–869, set. 2008.

PATEL, V.; PRINCE, M. Global Mental Health – a new global health field comes of age. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 303, n. 19, p. 1976–7, 2010.

PATHARE, S.; BRAZINOVA, A.; LEVAV, I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, p. 1–5, 9 mar. 2018.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127–140, fev. 1981.

PEREIRA, B. et al. The integration of the treatment for common mental disorders in primary care: experiences of health care providers in the MANAS trial in Goa, India. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, n. 1, p. 26, 3 out. 2011.

PERNGPARN, U. et al. Drug and alcohol services in middle-income countries. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 229–233, maio 2008.

PILOWSKY, D. J. et al. Building Research Capacity Across and Within Low- and Middle-Income Countries: The Collaborative Hubs for International Research on Mental Health. **Academic Psychiatry**, v. 40, n. 4, p. 686–691, 19 ago. 2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 53–87.

PNUD; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

PORTUGAL, C. M. **Da linguagem dos infortúnios às narrativas de doença: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários terapêuticos entre adeptos do candomblé**. 2014. 233f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

PRINCE, M. et al. Global Mental Health 1. No health without mental health. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859–77, 8 set. 2007.

RAHMAN, A. et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 8, p. 593–601I, 1 ago. 2013.

RAHMAN, A. et al. Problem Management Plus (PM+): pilot trial of a WHO transdiagnostic psychological intervention in conflict-affected Pakistan. **World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 15, n. 2, p. 182–3, jun. 2016.

RAVIOLA, G.; BECKER, A. E.; FARMER, P. A global scope for global health - including mental health. **Lancet**, v. 378, n. 9803, p. 1613–5, 5 nov. 2011.

ROJAS, G. et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 370, n. 9599, p. 1629–1637, nov. 2007.

ROSE, N. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

ROTER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2:vi, 2007.

ROTHENBERGER, D. A. Physician Burnout and Well-Being. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 60, n. 6, p. 567–576, jun. 2017.

RUIZ-CASARES, M. Mental health: Tailor informed-consent processes. **Nature**, v. 513, n. 7518, p. 304–304, 16 set. 2014a.

RUIZ-CASARES, M. Research ethics in global mental health: Advancing culturally responsive mental health research. **Transcultural Psychiatry**, v. 51, n. 6, p. 790–805, 25 dez. 2014b.

SACHS, J. D. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2206–2211, 9 jun. 2012.

SALVADOR-CARULLA, L.; MEZZICH, J. E. Person-centred medicine and mental health. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 21, n. 02, p. 131–137, 2 jun. 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. DE. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2876–2878, nov. 2012.

SARACENO, B. et al. Global Mental Health 5. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9593, p. 1164–74, 29 set. 2007.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–5, 9 maio 2018.

SAVI, E. S. A. O. **Sofrimento difuso das mulheres na maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência**. 2005. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2005.

SAXENA, S. et al. Global Mental Health 2. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 878–89, 8 set. 2007.

SAXENA, S.; FUNK, M.; CHISHOLM, D. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. **The Lancet**, v. 381, n. 9882, p. 1970–1971, 8 jun. 2013.

SAXENA, S.; HANNA, F. Dignity - a fundamental principle of mental health care. **The Indian journal of medical research**, v. 142, n. 4, p. 355–8, out. 2015.

SBMFC. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2014. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo_Baseado_em_Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2018

SCHEFFER, M. ET AL. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCIVOLETTO, S. et al. Global mental health reforms: Challenges in developing a community-based program for maltreated children and adolescents in Brazil. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, v. 65, n. 2, p. 138–40, 1 fev. 2014.

SEMRAU, M. et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. **BMC Medicine**, v. 13, n. 1, p. 79, 10 dez. 2015.

SHINDE, S. et al. The impact of a lay counselor led collaborative care intervention for common mental disorders in public and private primary care: A qualitative evaluation nested in the MANAS trial in Goa, India. **Social Science & Medicine**, v. 88, p. 48–55, jul. 2013.

SIJBRANDIJ, M. et al. Problem Management Plus (PM+) for common mental disorders in a humanitarian setting in Pakistan; study protocol for a randomised controlled trial (RCT). **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 232, 1 dez. 2015.

SIJBRANDIJ, M. et al. Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya; study protocol for a randomized controlled trial. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 10, n. 1, p. 44, 31 dez. 2016.

SIJBRANDIJ, M. et al. Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 8, n. Sup2, p. 1388102, 2017.

SILVA-JUNIOR, J. S. DA; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 186–190, 2014.

SILVA JÚNIOR, A. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

SILVEIRA, M. L. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SINGLA, D. R. et al. Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. **Annual review of clinical psychology**, v. 13, n. 1, p. 149–181, 8 maio 2017.

SOARES, T. R. A. **Saúde Mental Global: perspectivas para o cenário brasileiro a partir de uma revisão integrativa da literatura**. 2018. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2018.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, 2016.

SOUZA, A. N. DE et al. A narrativa de adoecimento e as práticas formativas na construção da realidade clínica. **Cadernos da ABEM**, v. 10, p. 47–57, 2015.

SPENCER, J. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context and of change. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 74, p. 119–

126, 1993.

SPINK, M. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos Cuidados à Saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 18–27, 2007.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 22 out. 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, set. 2005.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International journal of epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–93, abr. 2014.

STEWART, M. ET AL. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STORTI, M. M. T. et al. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1301–1314, 2017.

SUMMERFIELD, D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 99, n. 3, p. 161–162, 2006.

SUMMERFIELD, D. How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 336, n. 7651, p. 992–4, 3 maio 2008.

SUMMERFIELD, D. Income inequality and mental health problems. **The British journal of psychiatry : the journal of mental science**, v. 198, n. 3, p. 239; author reply 293, mar. 2011.

SUMMERFIELD, D. The exaggerated claims of the mental health industry. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 344, n. March, p. e1791, 2012a.

SUMMERFIELD, D. Afterword: against “global mental health”. **Transcultural psychiatry**, v. 49, n. 3–4, p. 519–30, jul. 2012b.

SUMMERFIELD, D. “Global mental health” is an oxymoron and medical imperialism. **BMJ**, v. 346, n. may31 2, p. f3509–f3509, 31 maio 2013.

SUMMERGRAD, P. Investing in global mental health: the time for action is now. **The lancet. Psychiatry**, v. 3, n. 5, p. 390–1, maio 2016.

SURKAN, P. J. et al. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 8, p. 608–615E, 1 ago. 2011.

SWARTZ, L. An unruly coming of age: the benefits of discomfort for global mental health. **Transcultural psychiatry**, v. 49, n. 3–4, p. 531–8, jul. 2012.

TESFAYE, M. et al. Food insecurity, mental health and quality of life among people living with HIV commencing antiretroviral treatment in Ethiopia: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, n. 1, p. 37, 3 dez. 2016.

THE PLOS MEDICINE EDITORS. The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition. **PLoS Medicine**, v. 10, n. 5, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. Supl.2, p. S190–S198, 2004.

TURATO, E. . R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

TURRINI, G. et al. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, n. 1, p. 51, 25 dez. 2017.

UNGAR, M. et al. Contribution of participatory action research to knowledge mobilization in mental health services for children and families. **Qualitative Social Work: Research and Practice**, v. 14, n. 5, p. 599–615, 12 set. 2015.

UNGLERT, C. V. DE S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Públ.**, v. 24, n. 6, p. 445–452, dez. 1990.

UNGLERT, C. V. DE S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, v. 21, n. 5, p. 439–446, out. 1987.

ÜSTUN, T. B.; SARTORIUS, N. **Mental Illness in General Health Care: an International Study**. Chichester, England: John Wiley & Sons, 1995.

VALENTINI, N. ET AL. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista Saúde Publica**, v. 38, n. 4, p. 522–8, 2004.

VAN OMMEREN, M. et al. Global Mental Health 3. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. **The Lancet**, v. 378, p. 1581–1591, 2011.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A Utilização de Métodos Qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opinião Pública**, v. VII, n. 1, p. 1–15, 2001.

VELJI, A.; BRYANT, J. H. Global Health: Evolving Meanings. **Infectious Disease Clinics of North America**, v. 25, n. 2, p. 299–309, jun. 2011.

VIANA, M. C. et al. São Paulo megacity mental health survey - A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: Aims, design and field implementation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 4, p. 375–386,

2009.

VILLANO, L. ET AL. Results from the Rio de Janeiro Center. In: ÜSTUN T.B.; SARTORIUS, N. (Ed.). . **Mental Illness in General Health Care: an International Study**. Chichester, England: John Wiley & Sons, 1995.

VINCENT, B. R. L. Pesquisa bibliográfica na web. In: **Internet: guia para profissionais de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 97–128.

VINCENT, B. R. L. **Competência em informação de alunos de pós-graduação em saúde pública**. [s.l.] 2011. 168f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

VINCENT, B.; VINCENT, M.; FERREIRA, C. G. Making PubMed searching simple: learning to retrieve medical literature through interactive problem solving. **The oncologist**, v. 11, n. 3, p. 243–51, 1 mar. 2006.

WELCH, V.; UEFFING, E.; TUGWELL, P. Knowledge translation: An opportunity to reduce global health inequalities. **Journal of International Development**, v. 21, n. 8, p. 1066–1082, 1 nov. 2009.

WENCESLAU, L. D. **Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil : um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro**. 2017. 280f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, dez. 2015.

WFMW. **Dignity in Mental Health**. OccoquanWorld Federation of Mental Health, 2015.

WHO; WONCA. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.

WHO. **Global strategy for health for all by the year 2000**. Geneva: World Health Organization, 1981.

WHO. **The Introduction of a Mental Health Component in Primary Care**. Geneva: World Health Organization, 1990.

WHO. **Essential treatments in psychiatry**. Geneva: World Health Organization, 1993a.

WHO. **Essential drugs in psychiatry**. Geneva: World Health Organization, 1993b.

WHO. **Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: issue 5 - staff burnout**. Geneva: World Health Organization, 1994.

WHO. **10 Principles for Mental Health Law**. Geneva: World Health Organization, 1996.



WHO. **Promoting Independence of People with Disabilities due to Mental Disorders: a Guide to Rehabilitation in Primary Health Care.** Geneva: World Health Organization, 1997.

WHO. **Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders.** Geneva: World Health Organization, 1998a.

WHO. **Mental disorders in primary care: a WHO education package.** Geneva: World Health Organization, 1998b.

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

WHO. **Atlas of mental health resources in the world 2001.** Geneva: World Health Organization, 2001b.

WHO. **The WHO Mental Health Global Action Programme (mhGAP).** Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO. **Revised Global Burden of Disease: 2002 estimates.** Geneva: World Health Organization, 2004a.

WHO. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.** Geneva: World Health Organization, 2004b.

WHO. **Mental health information systems.** Geneva: World Health Organization, 2005a.

WHO. **Mental health atlas: 2005.** Geneva: World Health Organization, 2005b.

WHO. **mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.** Geneva: World Health Organization, 2008a.

WHO. **The World Health Report - Primary Health Care (Now More Than Ever).** Geneva: World Health Organization, 2008b.

WHO. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde.** Geneva: World Health Organization, 2010a.

WHO. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde.** Geneva: World Health Organization, 2010b.

WHO. **Mental health atlas: 2011.** Geneva: World Health Organization, 2011a.

WHO. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Documento de discussão da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Geneva: World Health Organization, 2011b.

WHO. **Comprehensive mental health action plan 2013 – 2020**. Geneva: World Health Organization, 2013a.

WHO. **Strengthening primary care to address mental and neurological disorders**. Geneva: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2013b.

WHO. **Investing in mental health: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2013c.

WHO. **mhGAP Intervention Guide (online)**. Disponível em: <<https://www.paho.org/mhgap/en/index.html>>. Acesso em: 24 jan. 2018a.

WHO. **Social determinants of mental health**. Geneva: World Health Organization, 2014b.

WHO. **Mental health atlas 2014**. Geneva: World Health Organization, 2015.

WHO. **mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (2nd edition)**. Geneva: World Health Organization, 2016a.

WHO. **Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity: WHO generic field-trial version 1.0**. Geneva: World Health Organization, 2016b.

WHO. **mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings - version 2.0 (for field testing)**. Geneva: World Health Organization, 2017a.

WHO. **Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO**. GenevaWorld Health Organization, 2017b.

WHO; ILO. **InFocus Program on Knowledge, Skills and Employability. Mental health and work: impact, issues and good practices** GenevaWorld Health Organization and International Labour Organisation, , 2000.

WHO; UNHCR. **mhGAP module Assessment Management of Conditions Specifically Related to Stress**. Geneva: World Health Organization, 2013.

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.

WINNICOTT, D. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WORLD BANK. **World development report 1993: investing in health**. New York, Oxford: University Press, 1993.

ZIEDONIS, D.; LARKIN, C.; APPASANI, R. Dignity in mental health practice &

research: Time to unite on innovation, outreach & education. **The Indian journal of medical research**, v. 144, n. 4, p. 491–495, out. 2016.

ZORZANELLI, R.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, 2014.

**ANEXO A – Sintomas polimorfos segundo Dantas<sup>16</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 aditivas de compensação;
- Problemas depressivos;
- Negação do sofrimento.

---

<sup>16</sup> Fonte: Dantas, 2009, p. 209.

**ANEXO B – Sintomas de nervoso segundo Silveira<sup>17</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 resente do abandono;
- Falta de vontade de comer, embora, na maioria dos casos, sinta 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>17</sup> Fonte: Silveira, 2000, p. 114.

**APÊNDICE A** – Resumo do artigo: Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo Matriciamento

Autores: Sandra Fortes, Alice Menezes, Karen Athié, Luiz Fernando Chazan, Helio Rocha, Joana Thiesen, Celina Ragoni, Thiago Pithon, Angela Machado.

Dados do artigo: *Physis* Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1079–1102, 2014.

Resumo: A lacuna de cuidados em Saúde Mental (SM) é um problema mundial. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base para estruturação da rede assistencial integral que o solucione. Sua integração com a Psiquiatria é parte deste desafio. Partindo da pergunta norteadora “Como vem sendo desenvolvida a inserção da APS no cuidado em Saúde Mental através da integração com a Psiquiatria pelo Matriciamento?”, esse artigo analisa a participação da Psiquiatria na organização da assistência em saúde mental centrada na APS, dentro de um modelo integral de cuidado em saúde. Foi utilizada metodologia qualitativa baseada na problematização da integração do Psiquiatra com as equipes da Estratégia de Saúde da Família no processo de matriciamento, sistematizam-se as experiências e conhecimento desenvolvidos pelos autores nos projetos do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em APS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A partir dos referenciais conceituais dos Cuidados Colaborativos, Apoio Matricial, Matriciamento e Cuidado Integral, e da caracterização das demandas clínicas de SM mais frequentes na APS, discutem-se as repercussões destes na estruturação do cuidado em SM, na formação médica e na transformação da Psiquiatria. Conclui-se que a APS é um novo campo de atuação da Psiquiatria trazendo desafios importantes para a formação e a assistência em SM.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psiquiatria; Atenção Primária; Matriciamento; Integralidade.

**APÊNDICE B** – Resumo do artigo: Perceptions of health managers and professionals about primary and mental health care integration in Rio de Janeiro: a mixed-methods study

Autores: Karen Athié, Alice Menezes, Angela Machado da Silva, Monica Campos, Pedro Gabriel Delgado, Sandra Fortes, Chris Dowrick.

Dados do artigo: *BMC Health Services Research*, v.16, n.1, p.532, 2016.

**Background:** *Community-based primary mental health care is recommended in low and middle-income countries. The Brazilian health system has been restructuring primary care by expanding its family health strategy. Due to mental health problems, psychosocial vulnerability and accessibility, matrix support teams are being set up to broaden the professional scope of primary care. This paper aims to analyse the perceptions of health professionals and managers about the integration of primary care and mental health.*

**Method:** *In this mixed-method study 18 health managers and 24 professionals were interviewed from different primary and mental health care services in Rio de Janeiro. A semi-structured survey was conducted with 185 closed questions ranging from 1 to 5 and one open-ended question, to evaluate: access, gateway, trust, family focus, primary mental health interventions, mental health records, mental health problems, team collaboration, integration with community resources and primary mental health education. Two comparisons were made: health managers and professionals' (Mann-Whitney non-parametric test) and health managers' perceptions (Kruskal-Wallis non-parametric test) in 4 service designs (general traditional outpatients, mental health specialised outpatients, psychosocial community centre and family health strategy) (SPSS version 17.0). Qualitative data were subjected to framework analysis.*

**Results:** *Firstly, health managers and professionals' perceptions converged in all components, except the health record system. Secondly, managers' perceptions in traditional services contrasted with managers' perceptions in community-based services in components such as mental health interventions and team collaboration, and converged in gateway, trust, record system and primary mental health education. Qualitative data revealed an acceptance of mental health and primary care integration, but a lack of communication between institutions. The mixed method demonstrated that interviewees consider mental health and primary care integration as a requirement of the system, while their perceptions and the model of work produced by the institutional culture are inextricably linked.*

**Conclusion:** *There is a gap between health managers' and professionals' understanding of community-based primary mental health care. The integration of different processes of work entails both rethinking workforce actions and institutional support to help make changes.*

**Keywords:** *Collaborative care; Implementation science; Integration; LMIC; mhGap; Mental Health; Mental Health Matrix Support; Mixed Methods; Primary Care; Public Health.*



**APÊNDICE C** – Resumo do artigo: Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela

Autores: Karen Athié, Chris Dowrick, Alice Menezes, Luanda Cruz, Ana Cristina Lima, Pedro Gabriel Delgado, Cesar Favoreto, Sandra Fortes.

Dados do artigo: Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 1, p. 75–86, jan. 2017.

*Abstract: Taking into consideration issues such as stigma and the mental health gap, this study explores narratives of anxious and depressed women treated in a community-based primary care service in a Rio de Janeiro favela about their suffering and care. We analysed 13 in-depth interviews using questions from Kadam's study. Framework analysis studied Access, Gateway, Trust, Psychosocial Issues, and Primary Mental Health Care, as key-concepts. Vulnerability and accessibility were the theoretical references. Thematic analysis found "suffering category", highlighting family and community problems, and "help seeking category", indicating how these women have coped with their emotional problems and addressed their needs through health services, community resources and self-help. Women's language patterns indicated links between implicit social rules and constraints to talk about suffering, especially if related to local violence. High medical turnover and overload are barriers for establishing a positive relationship with family physicians and continuity of care is a facilitator that promotes trust, security and adherence. Concluding, to plan community-based primary mental health care of this population, cultural and social factors must be comprehended as well as the work health teams conditions.*

**Keywords:** Mental health; Primary care; Depression; Anxiety; Access.

**APÊNDICE D** – Resumo do artigo: Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global

Autores: Alice Menezes, Karen Athié, Cesar Favoreto, Francisco Ortega, Sandra Fortes.

Dados do artigo: Interface - Comunicação, saúde, educação, (no prelo).

Resumo: Autores da Saúde Mental Global defendem, de um lado, o aumento do acesso aos cuidados de saúde mental, inclusive com o uso de intervenções padronizadas. De outro lado, na Atenção Primária à Saúde no Brasil, a apresentação sintomatológica do sofrimento emocional pelos pacientes dificulta sua identificação pelos profissionais, comprometendo o cuidado e exigindo uma abordagem culturalmente sensível. Objetivando conhecer a percepção de pacientes sobre o sofrimento emocional e seu cuidado na Atenção Primária, adotou-se método qualitativo de abordagem narrativa, com coleta de dados em grupos em salas de espera e roteiro baseado no instrumento *McGill Illness Narrative Interview*. As narrativas foram tratadas por Análise de Conteúdo e revelaram que limitar a comunicação do sofrimento é negar o acesso ao cuidado. Contrapondo tal limitação, apontaram-se estratégias para nortear a estruturação de um cuidado que seja integral e culturalmente sensível.

Palavras-chave: Acesso. Atenção Primária. Cuidado. Saúde Mental Global. Sofrimento Emocional.

**APÊNDICE E** – Resumo do artigo: Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa

Autores: Alice Menezes, Manuela Rodrigues Muller, Tatiana Regina Andrade Soares, Angela Pereira Figueiredo, Celina Ragoni de Moraes Correia, Letícia Moraes Corrêa, Francisco Ortega.

Dados do artigo: Cad. Saúde Pública, (no prelo).

Resumo: A Saúde Mental Global é um campo de ensino, pesquisa e prática, cuja prioridade é melhorar o acesso e assegurar a equidade no cuidado em saúde mental para todas as pessoas do mundo, propondo ações especialmente em países de média e baixa renda, como o Brasil. Diante desse panorama mundial e considerando o avanço local dos processos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, torna-se importante investigar o estado atual da literatura brasileira e sua relação com a Saúde Mental Global, descrevendo como a produção nacional aborda assuntos enfatizados neste campo. Assim, adotando abordagem qualitativa e perspectiva descritiva, foi realizada revisão integrativa da literatura do período de 2014-2015, por meio de pesquisa bibliográfica em português e inglês, utilizando os termos saúde mental e Brasil combinados a palavras-chave correspondentes aos principais tópicos discutidos por autores da Saúde Mental Global. Foram encontrados 88 artigos apreciados segundo sua autoria, periódicos e regiões de publicação, metodologia e de acordo com as categorias de análise acesso; atenção primária; atenção psicossocial; determinantes sociais da saúde; direitos humanos; e equidade. Constatou-se haver na produção científica nacional um conjunto de estudos muito rico e diversificado com paralelos e dissonâncias com a literatura da Saúde Mental Global, mas que apresenta um baixo índice de sistematização. Esses achados revelam, portanto, que, apesar dos esforços para a geração de conhecimento local, existem barreiras que, possivelmente, comprometem a participação brasileira no debate internacional.

Palavras-chave: Acesso, Equidade, Pesquisa, Revisão Integrativa, Saúde Mental Global.

APÊNDICE F – Resumo dos artigos da série Lancet de 2007 sobre Saúde Mental Global

(continua)

TÍTULO	DADOS DE PUBLICAÇÃO	RESUMO
<p>Não há saúde sem saúde mental.</p> <p>(artigo 1)</p>	<p>Autores: Martin Prince, Vikram Patel, Shekhar Saxena, Mario Maj, Joanna Maselko, Michael R Phillips, Atif Rahman.</p> <p>Publicado em: Lancet 2007; 370: 859–77. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0</p>	<p>Cerca de 14% da carga global de doença tem sido atribuída a distúrbios neuropsiquiátricos, principalmente devido à natureza cronicamente incapacitante da depressão e outros transtornos mentais comuns, uso de álcool e distúrbios por uso de substâncias e psicoses. Tais estimativas chamaram a atenção para a importância dos transtornos mentais para a saúde. Contudo, por enfatizar de modo separado as contribuições dos transtornos mentais e físicos para a incapacidade e a mortalidade, eles podem ter omitido a alienação da SM dos esforços para melhorar a saúde e reduzir a pobreza. A carga dos transtornos mentais provavelmente foi subestimada por causa da apreciação inadequada da conexão entre a doença mental e as outras condições de saúde. Uma vez que as interações são dinâmicas, não pode haver saúde sem saúde mental. Os transtornos mentais aumentam o risco de doenças transmissíveis e de doenças não transmissíveis, e contribuem para lesões não intencionais e intencionais. Por outro lado, muitas condições de saúde aumentam o risco de transtorno mental, e a comorbidade complica a busca de ajuda, o diagnóstico e o tratamento, e influi no prognóstico. Os serviços de saúde não são prestados de forma equitativa às pessoas com transtornos mentais e a qualidade de cuidados de ambas as condições de saúde física e mental para essas pessoas poderiam ser melhoradas. Precisamos desenvolver e avaliar intervenções psicossociais que possam ser integradas na gestão de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Os sistemas de saúde devem ser fortalecidos para melhorar a prestação de cuidados de SM, focando em programas e atividades existentes, tais como os que tratam da prevenção e tratamento do HIV, tuberculose, e malária; violência de gênero; cuidado pré-natal; gestão integrada de doenças e nutrição infantil; e gestão inovadora de doenças crônicas. Talvez seja necessário alocar explicitamente um orçamento de SM para estas atividades. A SM afeta o progresso na consecução de vários Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, tais como, a promoção da igualdade de gênero e da capacitação (<i>empowerment</i>) das mulheres, a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna, e a reversão da propagação do HIV/AIDS. A conscientização a respeito da SM precisa ser integrada em todos os aspectos da saúde e da política social, do planejamento do sistema de saúde e da prestação de cuidados de saúde primários e secundários.</p>

**APÊNDICE F** – Resumo dos artigos da série Lancet de 2007 sobre Saúde Mental Global (continuação)

<p>Recursos para a saúde mental: escassez, desigualdade e ineficiência.</p> <p>(artigo 2)</p>	<p>Autores: Shekhar Saxena, Graham Thornicroft, Martin Knapp, Harvey Whiteford.</p> <p>Publicado em: Lancet 2007; 370: 878–89. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61239-2</p>	<p>Os recursos para a SM incluem a política e a infraestrutura dos países, os serviços de SM, os recursos humanos e comunitários, e o financiamento. Discutimos aqui a disponibilidade geral desses recursos, especialmente em países LMIC. Os gastos do governo com a SM na maioria dos países relevantes são muito menores do que o necessário, considerando a carga proporcional de transtornos mentais e a disponibilidade de intervenções acessíveis e custo-efetivas. Os países mais pobres gastam as menores porcentagens de seus orçamentos de saúde com SM. Agora, a maior parte dos cuidados é baseada em instituições, e a transição para o cuidado comunitário exigiria fundos adicionais que não foram disponibilizados na maioria dos países. Os recursos humanos disponíveis para os cuidados de SM na maioria dos países LMIC são muito limitados, e a escassez provavelmente persistirá. Os recursos para SM não são apenas escassos, eles são também distribuídos de forma desigual - entre países, regiões e entre as comunidades. Populações com taxa elevada de privação socioeconômica têm a maior necessidade de cuidados de SM, mas o menor acesso a ele. O estigma sobre os transtornos mentais também restringe o uso dos recursos disponíveis. Pessoas com doenças mentais são também vulneráveis ao abuso de seus direitos humanos. Ineficiências no uso dos recursos disponíveis para a atenção em SM incluem ineficiência técnica e de alocação dos mecanismos de financiamento e das intervenções, e uma superconcentração de recursos em grandes instituições. A escassez de recursos disponíveis, as iniquidades em sua distribuição e a ineficiências no seu uso representam os três principais obstáculos para uma melhor SM, especialmente em países LMIC.</p>
---	---	--

**APÊNDICE F – Resumo dos artigos da série Lancet de 2007 sobre Saúde Mental Global (continuação)**

<p>Tratamento e prevenção de transtornos mentais em países de baixa e média renda.</p> <p>(artigo 3)</p>	<p>Autores: Vikram Patel, Ricardo Araya, Sudipto Chatterjee, Dan Chisholm, Alex Cohen, Mary De Silva, Clemens Hosman, Hugh McGuire, Graciela Rojas, Mark van Ommeren.</p> <p>Publicado em: Lancet 2007; 370: 991–1005. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61240-9</p>	<p>Revisamos as evidências sobre a eficácia das intervenções para o tratamento e a prevenção de transtornos mentais específicos em países LMIC. A depressão pode ser tratada efetivamente em tais países com antidepressivos de baixo custo ou com intervenções psicológicas (como, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal). Modelos de cuidados escalonados e de colaboração fornecem um esquema para integrar drogas e tratamentos psicológicos e ajudam a melhorar as taxas de adesão ao tratamento. Drogas antipsicóticas de primeira geração para o tratamento da esquizofrenia são efetivas e custo-efetivas; e seus resultados podem ser melhorados por intervenções psicossociais, tais como, os modelos comunitários de assistência. Intervenções breves ministradas por profissionais de APS são eficazes para o manejo do uso nocivo de álcool, e as intervenções farmacológicas e psicossociais apresentam algum resultado para pessoas com dependência de álcool. Políticas projetadas para reduzir o consumo, como o aumento dos impostos e outras estratégias de controle, podem reduzir a carga populacional do abuso de álcool. São inadequadas as evidências sobre a eficácia das intervenções para o cuidado das deficiências do desenvolvimento, mas os modelos de reabilitação baseados na comunidade fornecem um esquema integrativo e de baixo custo para o atendimento de crianças e adultos com deficiência mental crônica. As evidências sobre as intervenções de SM para pessoas que estão expostas a conflitos e outros desastres ainda são fracas – especialmente no caso das intervenções em meio a emergências. Alguns experimentos sobre intervenções para a prevenção da depressão e de atrasos no desenvolvimento em países LMIC mostram efeitos benéficos. Intervenção para a depressão na APS é tão eficaz quanto os medicamentos antirretrovirais para HIV/AIDS. O processo e a eficácia da ampliação em grande escala das intervenções em SM ainda não foram adequadamente avaliados. Tal pesquisa é necessária para informar o processo contínuo de reforma e inovação dos serviços. No entanto, para ampliar a escala dos tratamentos e das intervenções preventivas para os transtornos mentais, que sejam efetivos e custo efetivos, recomendamos que os formuladores de políticas ajam de acordo com as evidências disponíveis.</p>
--	---	---

**APÊNDICE F** – Resumo dos artigos da série Lancet de 2007 sobre Saúde Mental Global (continuação)

<p>Sistemas de saúde mental nos países: onde estamos agora?</p> <p>(artigo 4)</p>	<p>Autores: K S Jacob, P Sharan, I Mirza, M Garrido-Cumbrera, S Seedat, J J Mari, V Sreenivas, Shekhar Saxena.</p> <p>Publicado em: Lancet 2007; 370: 1061–77. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61241-0</p>	<p>Mais de 85% da população mundial vive em 153 países LMIC. Apesar de, recentemente, terem se tornado disponíveis informações a nível nacional sobre os sistemas de saúde mental, ainda há inconsistências e lacunas substanciais. A maioria desses países destina recursos financeiros muito escassos e possui infraestrutura e mão de obra altamente inadequadas para a SM. Muitos LMIC também carecem de política e legislação de SM para orientar seus programas e serviços de SM, o que é particularmente preocupante na África e no Sudeste Asiático. Diferentes componentes dos sistemas de SM parecem variar muito, mesmo estando na mesma categoria de nível de renda, alguns países desenvolveram seu sistema de SM, apesar de apresentarem um nível de renda baixo. Esses exemplos precisam de um exame minucioso para deles derivar lições úteis. Além disso, os recursos de SM nos países parecem estar relacionados tanto aos indicadores gerais de saúde, quanto aos indicadores econômicos e de desenvolvimento, gerando a necessidade de defender o aumento da priorização da SM mesmo em cenários de baixos recursos. Maior ênfase na SM, melhores recursos e monitoramento aprimorado da situação dos países é necessário para promover a Saúde Mental Global.</p>
<p>Barreiras à melhoria dos serviços de saúde mental em países de média e baixa renda</p> <p>(artigo 5)</p>	<p>Autores: Benedetto Saraceno, Mark van Ommeren, Rajaie Batniji, Alex Cohen, Oye Gureje, John Mahoney, Devi Sridhar, Chris Underhill</p> <p>Publicado em: Lancet 2007; 370: 1164–74. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61263-X</p>	<p>Apesar da publicação de relatórios importantes e atividades promissoras em vários países, o progresso do desenvolvimento dos serviços SM tem sido lento na maioria dos países LMIC. Revisamos as barreiras para o desenvolvimento dos serviços de SM através de uma pesquisa qualitativa com líderes e <i>experts</i> internacionais em SM. As barreiras incluem uma agenda que tem a saúde pública como prioridade predominante e seu efeito sobre o financiamento; a complexidade e a resistência à descentralização dos serviços de SM; os desafios para a implementação de cuidados de SM na APS; o baixo número e poucos tipos de trabalhadores que são treinados e supervisionados em cuidados de SM; e a usual escassez de perspectivas de saúde pública na liderança em SM. Muitas das barreiras para a melhoria dos serviços de SM podem ser superadas pela geração de vontade política para a organização de cuidados de SM humanos e acessíveis. Os defensores das pessoas com transtornos mentais precisarão esclarecer e colaborar em suas mensagens. A resistência à descentralização de recursos deve ser superada, especialmente pelos profissionais de SM e dos trabalhadores hospitalares. Os investimentos em SM na APS são importantes, mas provavelmente não serão sustentados, a menos que sejam precedidos ou acompanhados pelo desenvolvimento dos serviços comunitários, a fim de possibilitar o treinamento, a supervisão e o apoio contínuo aos funcionários da APS. A mobilização e o reconhecimento de recursos não formais na comunidade devem ser intensificados. Membros da comunidade sem treinamento profissional formal, assim como pessoas com transtornos mentais e seus familiares, precisam advogar (<i>advocacy</i>) ou participar da reivindicação pela prestação de serviços. O progresso em escala populacional do acesso ao cuidado humano de SM dependerá substancialmente de mais atenção à política, à liderança, ao planejamento, à defesa e à participação.</p>

**APÊNDICE F – Resumo dos artigos da série Lancet de 2007 sobre Saúde Mental Global (conclusão)**

<p>Artigo 6: Aumentar os serviços para transtornos mentais: uma convocação à ação</p> <p>(artigo 6)</p>	<p>Lancet Global Mental Health Group</p> <p>Publicado em: Lancet 2007; 370: 1241–52. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61242-2</p>	<p>Convocamos a comunidade de saúde global, governos, doadores, agências multilaterais, e outros atores interessados como, organismos profissionais e grupos de consumidores, para aumentar a cobertura dos serviços para transtornos mentais em todos os países, mas especialmente em países LMIC. Defendemos que um pacote básico de serviços baseados em evidências para os principais transtornos mentais deve ser ampliado em grande escala, e que a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e suas famílias deve ser fortalecida. Três perguntas são críticas para o processo de ampliação (<i>scale up</i>). Quais recursos são necessários? Como o progresso em direção às metas pode ser monitorado? Quais deveriam ser as prioridades para a pesquisa em SM? Para resolver estas questões, estimamos que o montante necessário para a oferta de serviços na escala necessária seria de US\$ 2 por pessoa por ano em países de baixa renda e US\$ 3-4 em países de renda média, o que é modesto quando comparado aos requisitos para ampliar os serviços para outros problemas que contribuem para a carga global da doença. Em segundo lugar, identificamos uma série de indicadores principais e secundários para rastrear a evolução que os países fazem em direção à realização de metas de SM; muitos desses indicadores já estão monitorados rotineiramente em vários países. Terceiro, fizemos um exercício de definição de prioridades para identificar as lacunas na base de evidências na Saúde Mental Global para quatro categorias de transtornos mentais. Mostramos que o financiamento deve ser dado à pesquisa que desenvolve e avalia intervenções que podem ser realizadas por pessoas que não são profissionais de saúde mental e que avalia como os sistemas de saúde podem ampliar essas intervenções para todos os ambientes de atendimento. Discutimos estratégias para superar as cinco principais barreiras à ampliação dos serviços para transtornos mentais; uma das principais estratégias será a atividade de defesa da SM (<i>advocacy</i>) por diversas partes interessadas, especialmente para abordar agências multilaterais, doadores e governos. Esta série [de artigos] forneceu as evidências para defender a “causa” (<i>advocacy</i>). Agora precisamos de vontade política e solidariedade, sobretudo da comunidade de saúde global, para traduzir tais evidências em ação. A hora de agir é agora.</p>
---	---	---

Fonte: Lancet (2007). Série de artigos sobre Saúde Mental Global (tradução nossa).



**APÊNDICE G – Resumo dos artigos da série Lancet de 2011 sobre Saúde Mental Global**

(continua)

TÍTULO	DADOS DE PUBLICAÇÃO	RESUMO
<p>Pobreza e transtornos mentais: quebrando o ciclo em países de baixa e média renda</p>	<p>Autores: Crick Lund, Mary De Silva, Sophie Plagerson, Sara Cooper, Dan Chisholm, Jishnu Das, Martin Knapp, Vikram Patel.</p> <p>Publicado em: Lancet 2011; 378: 1502–14 Published Online October 17, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60754-X</p>	<p>Há crescente evidência internacional de que a saúde mental e a pobreza interagem em um ciclo negativo em baixa renda e países de renda média. No entanto, pouco se sabe sobre as intervenções necessárias para quebrar esse ciclo. Realizamos duas revisões sistemáticas para avaliar o efeito das intervenções de alívio da pobreza financeira sobre os transtornos mentais, neurológicos e uso indevido de substâncias, assim como o efeito de intervenções de saúde mental em indivíduos e familiares ou o status econômico do cuidador em países LMIC. Descobrimos que o efeito das intervenções de alívio para a pobreza na saúde mental em foi inconclusivo, apesar de alguns programas de transferência de renda e programas de promoção de bens teve efeitos benéficos sobre a saúde mental. Por outro lado, as intervenções de saúde mental foram associadas à melhora dos resultados econômicos em todos os estudos, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa em cada um dos estudos. Recomendamos áreas de pesquisa futura, incluindo a realização de estudos de intervenção de alta qualidade em países LMIC, avaliação das consequências macroeconômicas do escalonamento dos cuidados de SM, e avaliação do efeito de redistribuição dos mercados na SM. Este estudo apoia a chamada ao incremento de escala da SM, não apenas como uma prioridade de saúde pública e direitos humanos, mas também como uma prioridade de desenvolvimento.</p>
<p>Saúde mental de crianças e adolescentes em todo o mundo: evidências para a ação</p>	<p>Autores: Christian Kieling, Helen Baker-Henningham, Myron Belfer, Gabriella Conti, Ilgi Ertem, Olayinka Omigbodun, Luis Augusto Rohde, Shoba Srinath, Nurper Ulkuer, Atif Rahman.</p> <p>Publicado em: Lancet 2011; 378: 1515–25 Published Online October 17, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60827-1</p>	<p>Problemas de SM afetam 10 a 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo. Apesar de sua relevância como uma das principais causas de deficiência relacionada à saúde nessa faixa etária e seus efeitos duradouros ao longo da vida, as necessidades de SM de crianças e adolescentes são negligenciadas, especialmente em países LMIC. Neste relatório, revisamos as evidências e as lacunas do trabalho já publicado em termos de prevalência, fatores de risco e proteção, e intervenções para prevenir e tratar problemas de SM na infância e adolescência. Também discutimos barreiras e abordagens para a implementação de tais estratégias em ambientes com poucos recursos. A ação é imperativa para reduzir o peso dos problemas de SM nas futuras gerações e permitir o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes vulneráveis no mundo todo.</p>

**APÊNDICE G – Resumo dos artigos da série Lancet de 2011 sobre Saúde Mental Global (continuação)**

<p>Saúde mental e apoio psicossocial em cenários de assistência humanitária: interligando prática e pesquisa</p>	<p>Autores: Wietse A Tol, Corrado Barbui, Ananda Galappatti, Derrick Silove, Theresa S Betancourt, Renato Souza, Anne Golaz, Mark van Ommeren</p> <p>Publicado em: Lancet 2011; 378: 1581–91 Published Online October 17, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)61094-5</p>	<p>Esta revisão relaciona prática, financiamento e evidência para intervenções em saúde mental e bem-estar psicossocial em cenários de assistência humanitária. Estudamos a prática revisando relatórios de atividades de apoio à SM e bem-estar psicossocial (2007–10); o financiamento revisando análises de serviços de monitoramento financeiro e sistemas de reporte dos credores (2007-2009); e estudamos intervenções fazendo revisão sistemática e meta-análise. Em 160 relatórios, as cinco atividades mais citadas foram aconselhamento básico para indivíduos (39%); facilitação de apoio comunitário para indivíduos vulneráveis (23%); disponibilidade de espaços amigos da criança (21%); suporte ao apoio social iniciado pela comunidade (21%); e aconselhamento básico para grupos e famílias (20%). A maioria das intervenções ocorreu e obteve financiamento fora do sistema nacional de SM e proteção social. 32 estudos controlados de intervenções foram identificados, 13 dos quais foram randomizados controlados (RCT) que preencheram os critérios para meta-análise. Dois estudos mostraram efeitos promissores para fortalecer a comunidade e o apoio familiar. O bem-estar psicossocial não foi incluído como resultado na meta-análise, porque sua definição variou entre os estudos. Em adultos com sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), meta-análise de sete RCTs mostrou efeitos benéficos para várias intervenções (psicoterapia e suporte psicossocial) em comparação com o atendimento ou lista de espera (diferença de média padronizada [SMD] <math>-0 \cdot 38</math>, 95% IC <math>-0 \cdot 55</math> a <math>-0 \cdot 20</math>). Em crianças, meta-análise de quatro RCTs não mostrou efeito para os sintomas de TEPT (<math>-0 \cdot 36</math>, <math>-0,83</math> a <math>0 \cdot 10</math>), mas mostrou efeito benéfico de intervenções (psicoterapia de grupo, apoio escolar e outros apoios psicossociais) para internalizar sintomas (seis RCTs; SMD <math>-0 \cdot 24</math>, <math>-0 \cdot 40</math> a <math>-0 \cdot 09</math>). No geral, a pesquisa e as evidências enfocam intervenções que são implementadas com pouca frequência, enquanto as intervenções mais utilizadas foram pouco escrutinadas.</p>
<p>Escalonando os serviços de saúde mental em países de baixa e média renda</p>	<p>Autores: Julian Eaton, Layla McCay, Maya Semrau, Sudipto Chatterjee, Florence Baingana, Ricardo Araya, Christina Ntulo, Graham Thornicroft, Shekhar Saxena</p> <p>Publicado em: Lancet 2011; 378: 1592–603 Published Online October 17, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60891-X</p>	<p>Os transtornos mentais constituem uma enorme carga global de doenças, e existe uma grande lacuna de tratamento, particularmente em LMIC. Uma resposta a esta questão foi a chamada para ampliar os serviços de SM. Avaliamos o progresso da ampliação de tais serviços em todo o mundo usando uma revisão sistemática da literatura e uma pesquisa com informantes-chave nos sistemas nacionais de SM. O grande número de programas identificados sugeriu que estratégias bem sucedidas podem ser adotadas para superar as barreiras à expansão, como a baixa prioridade concedida à SM, a escassez de recursos humanos e financeiros e as dificuldades em mudar serviços mal organizados. No entanto, houve falta de exemplos bem documentados de serviços que foram ampliados (<i>scale up</i>) e que pudessem guiar como se deve replicar um escalonamento bem sucedido para outros cenários. As recomendações são feitas de acordo com as evidências disponíveis sobre como levar adiante o processo de ampliação de serviços globalmente.</p>

**APÊNDICE G – Resumo dos artigos da série Lancet de 2011 sobre Saúde Mental Global (conclusão)**

<p>Recursos humanos para cuidados de saúde mental: situação atual e estratégias para ação</p>	<p>Autores: Ritsuko Kakuma, Harry Minas, Nadja van Ginneken, Mario R Dal Poz, Keshav Desiraju, Jodi E Morris, Shekhar Saxena Richard M Scheffler</p> <p>Publicado em: Lancet 2011; 378: 1654–63 Published Online October 17, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)61093-3</p>	<p>Um desafio enfrentado por muitos países é fornecer recursos humanos adequados para a prestação de serviços essenciais em intervenções de SM. Está bem estabelecida a esmagadora escassez mundial de recursos humanos para a SM, particularmente em LMIC. Aqui, revisamos o estado atual dos recursos humanos para SM, as necessidades e as estratégias de ação. Atualmente, os recursos humanos para a SM em LMIC mostra um sério déficit que provavelmente crescerá a menos que sejam tomadas medidas efetivas. Evidências sugerem que os cuidados de SM podem ser prestados eficazmente em contextos de cuidados de saúde primários, através de programas e abordagens de delegação de tarefa. Profissionais de saúde não especializados, trabalhadores leigos, indivíduos afetados e cuidadores com treinamento breve e supervisão apropriada por especialistas em SM são capazes de detectar, diagnosticar, tratar e monitorar indivíduos com transtornos mentais e reduzir a sobrecarga do cuidador. Também discutimos os custos de expansão, gestão de recursos humanos e liderança em SM, particularmente dentro do contexto de LMIC.</p>
<p>Violações dos direitos humanos de pessoas com problemas mentais e deficiências psicossociais: uma crise global não resolvida</p>	<p>Autores: Natalie Drew, Michelle Funk, Stephen Tang, Jagannath Lamichhane, Elena Chávez, Sylvester Katontoka, Soumitra Pathare, Oliver Lewis, Lawrence Gostin, Benedetto Saraceno</p> <p>Publicado em: Lancet 2011; 378: 1664–75 Published Online October 17, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)61458-X</p>	<p>Este relatório analisa as evidências dos tipos de violações de direitos humanos sofridas por pessoas com problemas mentais e deficiências psicossociais em LMIC, bem como estratégias para prevenir essas violações e promover os direitos humanos em conformidade com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). Este artigo baseia-se nas opiniões, experiência e expertise de 51 pessoas com deficiências mentais e psicossociais de 18 LMIC, bem como uma revisão da literatura em língua inglesa, incluindo publicações da ONU, relatórios de organizações não-governamentais, relatórios de imprensa e a literatura acadêmica.</p>

Fonte: Lancet (2011). Série de artigos sobre Saúde Mental Global (tradução nossa).

**APÊNDICE H – Roteiro de pesquisa para grupo focal com pacientes**

<b>ROTEIRO DE PESQUISA EM GRUPO FOCAL</b>	
<p><b>INTRODUÇÃO:</b> Essa pesquisa é sobre a assistência prestada em unidades de saúde do município. Queremos saber se os pacientes recebem apoio para todos os tipos de sofrimento que enfrentam na vida, incluindo especialmente o sofrimento emocional. Ela foi autorizada pelo Comitê de Ética da SMSDC-RJ e dessa unidade. Se concordarem em participar da discussão em grupo, solicitamos assinarem o termo de consentimento.</p>	
<p><b>DIMENSÃO SOBRE SOFRIMENTO EMOCIONAL</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quando as pessoas adoecem, há sofrimento emocional associado? Como vocês entendem esse sofrimento?</li> <li>2. Como vocês se referem ou chamam esse sofrimento?</li> <li>3. Como esse sofrimento se relaciona com o sofrimento físico de vocês?               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Quando vocês se sentem mais “X” (<i>usar palavras mencionadas pelo pacientes</i>) isso interfere nos seus problemas físicos? Seus problemas físicos se alteram?</li> <li>b. Quando o problema físico fica descompensado, isso interfere no seu “X” (<i>usar palavras mencionadas pelos pacientes</i>)? O “X” se altera?</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>DIMENSÃO SOBRE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quando vocês se sentem “X” vocês contam para o médico?               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Em caso de resposta negativa:</i> Se vocês tivessem problemas emocionais, contariam para seu médico? Por quê?</li> </ol> </li> <li>2. O que o médico diz que vocês têm? Como ele chama isso que vocês têm? Como o médico se refere ao “X”?</li> <li>3. Como o médico ajuda vocês? O que ele faz?</li> <li>4. <i>Em caso de resposta negativa:</i> Como o médico poderia ajudar? O que vocês esperariam que o médico fizesse em relação a seu “X”?</li> <li>5. Alguma outra coisa que queiram comentar ou sugerir?</li> </ol>

**APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## ENTREVISTA OU GRUPO FOCAL

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”, desenvolvida pela Faculdade de Ciências Médicas / Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC. Fui informado(a) que esta é coordenada por Sandra Lúcia Correia Lima Fortes, CRM/RJ 52.39663.2, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (21) 25876469 ou e-mail sandrafortes@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, é estudar os avanços e as dificuldades do processo de integração das ações de saúde mental às práticas de saúde realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e Outras equipes da Atenção básica da área programática 2.2, especialmente as organizadas através do apoio matricial, que deve ser realizado no modelo de atenção compartilhada.

Fui esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio do preenchimento de um formulário de identificação e pela participação em uma entrevista ou em um Grupo Focal com duração de 90 minutos, com gravação de áudio / vídeo. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientandos(as) e/ou colaborador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou ainda a Faculdade de Ciências Médicas localizada na Rua Prof. Manuel de Abreu, 444, 2º andar - Vila Isabel, Rio de Janeiro. Tel.: (21) 25876104 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

**APÊNDICE J – Quadro de referências sobre acesso**

	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Dados bibliográficos</b>
1	Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.	Assis, M.; Jesus, W.	Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.
2	Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica	Santos, L.; Andrade, LOM.	Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2876-2878
3	Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos Cuidados à Saúde e a cacofonia da demanda.	Spink, M.	Saúde Sociedade, v. 16, n. 1, p. 18–27, 2007.
4	Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.	Travassos, C.; Martins, M.	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.
5	Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.	Starfield, B.	Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
6	Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde.	Hortale, V. A.; Pedroza, M.; Rosa, M. L. G.	Cadernos de Saúde Pública, v. 16, n. 1, p. 231–239, jan. 2000.
7	Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?	Andersen, R. M.	Journal of health and social behavior, v. 36, n. 1, p. 1–10, mar. 1995.
8	Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise.	Giovanella, L.; Fleury S.	In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177–198.
9	O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde.	Unglert, C. V. DE S.	Rev. Saúde Públ., v. 24, n. 6, p. 445–452, dez. 1990.
10	Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública.	Unglert, C. V. DE S.; Rosenburg, C. P.; Junqueira, C. B.	Rev. Saúde Públ., v. 21, n. 5, p. 439–446, out. 1987.
11	Concept and measurement of accessibility.	Frenk, J.	Salud Publica Mex, v. 27, p. 438–53, 1985.
12	The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction.	Penchansky, R.; Thomas, J. W.	Medical Care, v. 19, n. 2, p. 127–140, fev. 1981.
13	Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.	Andersen, R.; Newman, J. F.	The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society, v. 51, n. 1, p. 95–124, 1973.
14	Aspects of medical care administration.	Donabedian, A.	Boston: Harvard University Press, 1973.

Fonte: Consulta na base de dados LILACS com os termos “*acesso*” e “*acesso e saúde mental*”. Data: entre abril e junho de 2014.

APÊNDICE K – Quadro de referências sobre *treatment gap*

(continua)

	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>
1	Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries.	Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, Abdulmalik J, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Andrade LH, Bruffaerts R, Cardoso G, Cia A, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, He Y, de Jonge P, Karam EG, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Medina-Mora ME, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Piazza M, Posada-Villa J, Ten Have M, Zarkov Z, Kessler RC, Thornicroft G; WHO World Mental Health Survey Collaborators.	Depress Anxiety. 2018 Mar; 35(3):195-208. doi: 10.1002/da.22711. Epub 2018 Jan 22.
2	Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys.	Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, Chiu WT, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, He Y, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lund C, Kovess-Masfety V, Levinson D, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Sampson NA, Scott KM, Tachimori H, Ten Have M, Viana MC, Williams DR, Wojtyniak BJ, Zarkov Z, Kessler RC, Chatterji S, Thornicroft G.	Psychol Med. 2017 Nov 27:1-12. doi: 10.1017/S0033291717003336. [Epub ahead of print]
3	Treatment gap and barriers for mental health care: A cross-sectional community survey in Nepal.	Luitel NP, Jordans MJD, Kohrt BA, Rathod SD, Komproe IH.	PLoS One. 2017 Aug 17;12(8):e0183223. doi: 10.1371/journal.pone.0183223. eCollection 2017.
4	Twelve-month prevalence and treatment gap for common mental disorders: Findings from a large-scale epidemiological survey in India.	Sagar R, Pattanayak RD, Chandrasekaran R, Chaudhury PK, Deswal BS, Lenin Singh RK, Malhotra S, Nizamie SH, Panchal BN, Sudhakar TP, Trivedi JK, Varghese M, Prasad J, Chatterji S.	Indian J Psychiatry. 2017 Jan-Mar;59(1):46-55. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_333_16.
5	High burden of mental illness and low utilization of care among school-going youth in Central Haiti: A window into the youth mental health treatment gap in a low-income country.	Eustache E, Gerbasi ME, Smith Fawzi MC, Fils-Aimé JR, Severe J, Raviola GJ, Legha R, Darghouth S, Grelotti DJ, Thérosme T, Pierre EL, Affricot E, Alcindor Y, Becker AE.	Int J Soc Psychiatry. 2017 May;63(3):261-274. doi: 10.1177/0020764017700174. Epub 2017 Apr 3.
6	Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions.	Kazdin AE.	Behav Res Ther. 2017 Jan;88:7-18. doi: 10.1016/j.brat.2016.06.004. Review.

**APÊNDICE K** – Quadro de referências sobre *treatment gap* (continuação)

7	The effect of VISHRAM, a grass-roots community-based mental health programme, on the treatment gap for depression in rural communities in India: a population-based study.	Shidhaye R, Murhar V, Gangale S, Aldridge L, Shastri R, Parikh R, Shrivastava R, Damle S, Raja T, Nadkarni A, Patel V.	Lancet Psychiatry. 2017 Feb;4(2):128-135. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30424-2. Epub 2017 Jan 5.
8	Cross-sectional survey evaluating Text4Mood: mobile health program to reduce psychological treatment gap in mental healthcare in Alberta through daily supportive text messages.	Agyapong VI, Mrklas K, Juhás M, Omeje J, Ohinmaa A, Dursun SM, Greenshaw AJ.	BMC Psychiatry. 2016 Nov 8;16(1):378.
9	Treatment Seeking for Alcohol Use Disorders: Treatment Gap or Adequate Self-Selection?	Tuithof M, Ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R.	Eur Addict Res. 2016;22(5):277-85. doi: 10.1159/000446822. Epub 2016 Jun 9.
10	Treatment gap and help-seeking for postpartum depression in a rural African setting.	Azale T, Fekadu A, Hanlon C.	BMC Psychiatry. 2016 Jun 10;16:196. doi: 10.1186/s12888-016-0892-8.
11	Psychiatric disorders among adolescents from Lebanon: prevalence, correlates, and treatment gap.	Maalouf FT, Ghandour LA, Halabi F, Zeinoun P, Shehab AA, Tavitian L.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016 Aug;51(8):1105-16. doi: 10.1007/s00127-016-1241-4. Epub 2016 May 31
12	Filling the treatment gap: developing a task sharing counselling intervention for perinatal depression in Khayelitsha, South Africa.	Nyatsanza M, Schneider M, Davies T, Lund C.	BMC Psychiatry. 2016 May 26;16:164. doi: 10.1186/s12888-016-0873-y.
13	The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China.	Patel V, Xiao S, Chen H, Hanna F, Jotheeswaran AT, Luo D, Parikh R, Sharma E, Usmani S, Yu Y, Druss BG, Saxena S.	Lancet. 2016 Dec 17;388(10063):3074-3084. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00160-4. Epub 2016 May 18. Review.
14	Overview of the mental health system in Mozambique: addressing the treatment gap with a task-shifting strategy in primary care.	Dos Santos PF, Wainberg ML, Caldas-de-Almeida JM, Saraceno B, Mari Jde J.	Int J Ment Health Syst. 2016 Jan 4;10:1. doi: 10.1186/s13033-015-0032-8. eCollection 2016.
15	Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions.	Shidhaye R, Lund C, Chisholm D.	Int J Ment Health Syst. 2015 Dec 30;9:40. doi: 10.1186/s13033-015-0031-9. eCollection 2015. Review.



**APÊNDICE K** – Quadro de referências sobre *treatment gap* (continuação)

16	Implementation Science for closing the treatment gap for mental disorders by translating evidence base into practice: experiences from the PRIME project.	Shidhaye R.	Australas Psychiatry. 2015 Dec;23(6 Suppl):35-7. doi: 10.1177/1039856215609771
17	The "treatment gap" in global mental health reconsidered: sociotherapy for collective trauma in Rwanda.	Jansen S, White R, Hogwood J, Jansen A, Gishoma D, Mukamana D, Richters A.	Eur J Psychotraumatol. 2015 Nov 19;6:28706. doi: 10.3402/ejpt.v6.28706. eCollection 2015.
18	Addressing the stimulant treatment gap: A call to investigate the therapeutic benefits potential of cannabinoids for crack-cocaine use.	Fischer B, Kuganesan S, Gallassi A, Malcher-Lopes R, van den Brink W, Wood E.	Int J Drug Policy. 2015 Dec;26(12):1177-82. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.09.005. Epub 2015 Sep 25.
19	How I Floated on Gentle Webs of Being: Psychiatrists Stories About the Mental Health Treatment Gap in Africa.	Cooper S.	Cult Med Psychiatry. 2016 Sep;40(3):307-37. doi: 10.1007/s11013-015-9474-3.
20	Generating evidence to narrow the treatment gap for mental disorders in sub-Saharan Africa: rationale, overview and methods of AFFIRM.	Lund C, Alem A, Schneider M, Hanlon C, Ahrens J, Bandawe C, Bass J, Bhana A, Burns J, Chibanda D, Cowan F, Davies T, Dewey M, Fekadu A, Freeman M, Honikman S, Joska J, Kagee A, Mayston R, Medhin G, Musisi S, Myer L, Ntulo T, Nyatsanza M, Ofori-Atta A, Petersen I, Phakathi S, Prince M, Shibre T, Stein DJ, Swartz L, Thornicroft G, Tomlinson M, Wissow L, Susser E.	Epidemiol Psychiatr Sci. 2015 Jun;24(3):233-40. doi: 10.1017/S2045796015000281. Epub 2015 Apr 2.
21	Closing the mental health treatment gap in South Africa: a review of costs and cost-effectiveness.	Jack H, Wagner RG, Petersen I, Thom R, Newton CR, Stein A, Kahn K, Tollman S, Hofman KJ.	Glob Health Action. 2014 May 15;7:23431. doi: 10.3402/gha.v7.23431. eCollection 2014. Review.
22	Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally.	Rebello TJ, Marques A, Gureje O, Pike KM.	Curr Opin Psychiatry. 2014 Jul;27(4):308-14. doi: 10.1097/YCO.000000000000068. Review.
23	Ethnic disparities in mental health treatment gap in a community-based survey and in access to care in psychiatric clinics.	Nakash O, Nagar M, Danilovich E, Bentov-Gofrit D, Lurie I, Steiner E, Sadeh-Sharvit S, Szor H, Levav I.	Int J Soc Psychiatry. 2014 Sep;60(6):575-83. doi: 10.1177/0020764013504562. Epub 2013 Oct 10.
24	Mental disorders, disability and treatment gap in a protracted refugee setting.	Llosa AE, Ghantous Z, Souza R, Forgione F, Bastin P, Jones A, Antierens A, Slavuckij A, Grais RF.	Br J Psychiatry. 2014 Mar;204(3):208-13. doi: 10.1192/bjp.bp.112.120535. Epub 2013 Sep 12.

**APÊNDICE K** – Quadro de referências sobre *treatment gap* (continuação)

25	Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys.	Nakash O, Levav I, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, He Y, Hu C, de Jonge P, Karam EG, Kovess-Masfety V, Medina-Mora ME, Moskalewicz J, Murphy S, Nakamura Y, Piazza M, Posada-Villa J, Stein DJ, Taib NI, Zarkov Z, Kessler RC, Scott KM.	Psychooncology. 2014 Jan;23(1):40-51. doi: 10.1002/pon.3372. Epub 2013 Aug 27.
26	Treatment gap in common mental disorders: the Singapore perspective.	Chong SA, Abdin E, Sherbourne C, Vaingankar J, Heng D, Yap M, Subramaniam M.	Epidemiol Psychiatr Sci. 2012 Jun;21(2):195-202. doi: 10.1017/S2045796011000771.
27	Depression, gender, and the treatment gap in Mexico.	Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R.	J Affect Disord. 2012 Apr;138(1-2):165-9. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.040. Epub 2012 Feb 14.
28	Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries.	Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S.	Bull World Health Organ. 2012 Jan 1;90(1):47-54, 54A-54B. doi: 10.2471/BLT.11.089284. Epub 2011 Oct 31.
29	Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Sub-Saharan Africa: Reducing the Treatment Gap, Improving Quality of Care: Workshop Summary.	Institute of Medicine (US) Forum on Neuroscience and Nervous System Disorders, Uganda National Academy of Sciences Forum on Health and Nutrition.	Washington (DC): National Academies Press (US); 2010.
30	Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey.	Patel V, Maj M, Flisher AJ, De Silva MJ, Koschorke M, Prince M; WPA Zonal and Member Society Representatives.	World Psychiatry. 2010 Oct;9(3):169-76.
31	[The epilepsy treatment gap in six primary care centres in Togo (2007-2009)].	Guinhouya KM, Aboki A, Kombaté D, Kumako V, Apétsé K, Belo M, Balogou AK, Grunitzky KE.	Sante. 2010 Apr-Jun;20(2):93-7. doi: 10.1684/san.2010.0193. Epub 2010 Aug 3. French.
32	The treatment gap of depression in persons with cancer.	Levav I.	Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11 Suppl 1:117-9.
33	Treatment gap in mental health care.	Abramowitz MZ, Greenberg D, Levav I.	Isr J Psychiatry Relat Sci. 2008;45(2):80-2. No abstract available.
34	The treatment gap in mental health care.	Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B.	Bull World Health Organ. 2004 Nov;82(11):858-66. Epub 2004 Dec 14. Review.
35	The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia.	Coleman R, Lopy L, Walraven G	Bull World Health Organ. 2002;80(5):378-83.

Fonte: Consulta na base de dados Pubmed com os termos “*Treatment gap*” no campo título e “*Mental Health*” nos campos título e resumo. Data: 04.05.2018.

**APÊNDICE K – Quadro de referências sobre *treatment gap* (conclusão)**

**ARTIGOS ADICIONADOS AO LEVANTAMENTO INICIAL**

36	What's in the 'Treatment Gap'? Ethnographic Perspectives on Addiction and Global Mental Health from China, Russia, and the United States	Bartlett N, Garriott W, Raikhel E	Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness. 2014; 33:6, 457-477, doi: 10.1080/01459740.2013.877900
37	PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low- and middle-income countries.	Lund C, Tomlinson M, De Silva M, Fekadu A, Shidhaye R, Jordans M, Petersen I, Bhana A, Kigozi F, Prince M, Thornicroft G, Hanlon C, Kakuma R, McDaid D, Saxena S, Chisholm D, Raja S, Kippen-Wood S, Honikman S, Fairall L, Patel V.	PLoS Med. 2012;9(12): e1001359. doi: 10.1371/journal.pmed.1001359. Epub 2012 Dec 27
38	Use of clinical and service indicators to decrease the treatment gap for mental disorders: a global perspective	Saxena, S	Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17, 4, 2008