

OS CAMINHOS DO ACESSO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA, MINAS GERAIS

THE ACCESS PATHWAYS TO MENTAL HEALTH IN THE TOWN OF VIÇOSA, MINAS GERAIS

RAISSA DALAT COELHO FURTADO¹, TATIANA FERREIRA FRANÇA¹, FLÁVIA VIEIRA GLUECK¹, SILVIA ALMEIDA CARDOSO², LEANDRO DAVID WENCESLAU^{3*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV); 2. Farmacêutica pela Universidade de São Paulo (FCFRP/USP); Mestre e Doutora pelo Programa de Imunologia Básica e Aplicada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV); 3. Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Especialista em Medicina Preventiva e Social pela Universidade de Pernambuco (UPE); Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); Mestre em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV.

* Departamento de Medicina e Enfermagem - UFV, Avenida Peter Henry Rolfs, s/n, Campus Universitário, Viçosa, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36570-900. leandro.david@ufv.br

Recebido em 29/05/2018. Aceito para publicação em 19/06/2018

RESUMO

Na atenção primária à saúde (APS), 10% a 60% dos pacientes apresentam ao menos um transtorno mental. Os transtornos mentais comuns – depressão, ansiedade, somatização e abuso de substâncias – são os transtornos mentais mais frequentes neste nível de atenção à saúde. Este trabalho tem por objetivo analisar os caminhos percorridos por 10 portadoras de transtornos mentais comuns na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Viçosa, MG. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas de aprofundamento, seguidas de análise de conteúdo dedutiva. Foi relatado um papel secundário da ESF no acesso e seguimento do tratamento das usuárias entrevistadas, produzido pela ausência e rotatividade dos profissionais médicos na ESF, além da abordagem deficiente de transtornos mentais nas consultas. Foi observado uma concentração tanto do diagnóstico quanto do acompanhamento dos entrevistados na atenção secundária, que tem como obstáculos a dificuldade de agendamento de consultas e a limitação dos tratamentos à prescrição de medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, transtornos mentais, atenção primária à saúde, avaliação dos serviços de saúde.

ABSTRACT

In primary health care (PHC), 10% to 60% of patients have at least one mental disorder. Common mental disorders – depression, anxiety, somatization and substance abuse – are the most frequent mental disorders in health care level. This study aims to analyze the therapeutic itinerary of 10 women patients with common mental disorders in the Family Health Strategy of Viçosa, MG, Brazil. Semi-structured interviews were carried out and analyzed through deductive content analysis. A secondary role of the FHS in the access and follow-up of the treatment of the interviewed users was reported. This minor role was a result of the absence and rotation of the medical professionals in the FHS, in addition to the poor assessment of mental disorders in consultations of

this health care level. There is a concentration of both, diagnosis and follow-up of the interviewees in specialized care, which presents obstacles as the difficulty of scheduling consultations and the reduction of treatments to the prescription of medications.

KEYWORDS: Mental health, mental disorders, primary health care, health services research.

1. INTRODUÇÃO

Desde a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) – modelo de atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) – é frequentemente a primeira referência de atenção à saúde de pessoas em sofrimento mental no Brasil. Os profissionais da ESF exercem papel central na detecção, prevenção e acompanhamento dos transtornos mentais^{1,2}. Segundo levantamentos epidemiológicos, de 10% a 60% dos pacientes da atenção primária apresentam um distúrbio mental e comorbidades psiquiátricas têm grande prevalência na APS^{3,4,5}.

Equipes de APS, como as equipes da ESF, possuem grande potencial para oferecer cuidados em saúde mental, devido ao vínculo longitudinal com os usuários e suas famílias, entre outros fatores^{4,6,7}. No entanto, estudos têm apontado para dificuldades dessas equipes em lidar com a demanda em saúde mental e em assumir os cuidados em saúde mental como uma de suas atribuições práticas cotidianas⁸. A persistência do modelo biomédico e positivista na formação e na atuação desses profissionais gera a sensação de incapacidade para atuar nessa área e reforça o repasse da demanda para serviços especializados⁹.

O termo “transtornos mentais comuns” (TMC) se refere às síndromes psiquiátricas mais frequentes na

APS: transtornos depressivos, de ansiedade e transtornos de somatização^{1,5,10}. Também é descrito o acréscimo dos problemas relacionados ao abuso de substâncias a este grupo¹¹. Os transtornos mentais produzem alto custo socioeconômico, sem distinção de idade, e causam incapacidade grave e não raro definitiva que eleva a demanda nos serviços de saúde^{1,5,10,12}. Porém, esse ônus foi subestimado durante muito tempo, principalmente, porque a forma de avaliar seu impacto na saúde valorizava apenas indicadores de mortalidade. Apesar de apresentarem baixas taxas de mortalidade, os TMC, em especial os transtornos depressivos, estão entre as principais causas de incapacidade no mundo, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos^{1,5,10,13,14}. O sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde, seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento ou o prognóstico¹⁵. Pesquisas que estudaram sintomas depressivos e ansiosos mostraram que esses estão frequentemente associados a doenças neurológicas^{15,16}, e cardiovasculares e também ao diabetes^{7,15,17}.

O itinerário terapêutico é a análise e registro dos caminhos percorridos pelos pacientes na tentativa de solucionar seus problemas de saúde, manter sua integridade psíquica e encontrar respostas aos seus medos e dúvidas no campo da saúde, destacando aspectos socioculturais e subjetivos envolvidos nesse processo. Usando tal metodologia de registro, considera-se a influência da cultura, das crenças, das experiências prévias e principalmente da tradição sobre a determinação das escolhas que as pessoas tomam com relação à saúde e tratamentos em busca do bem estar^{18,19,20,21}.

Maragno *et al.* (2006)²² apontaram para prevalências de TMC em áreas cobertas pela ESF estatisticamente semelhantes às prevalências de outras áreas descobertas. Este resultado foi atribuído pelos autores à incapacidade da ESF em oferecer dispositivos que poderiam qualificar a atenção em saúde mental: maior e melhor disponibilidade de recursos e de profissionais, estruturação de fluxos próprios para a saúde mental, escuta psicossocial, acolhimento e trabalho entregue em rede.

Em revisão de literatura preparatória deste estudo, não foram encontrados estudos nacionais que tenham analisado itinerários terapêuticos de pacientes com transtornos mentais comuns no SUS com destaque para avaliação do acesso e seguimento na ESF. Há pouca informação sobre a existência e funcionalidade dos fluxos de atendimento e de linhas de cuidado desses usuários na atenção básica, além das maiores dificuldades encontradas por eles durante a busca de seus tratamentos neste nível de atenção.

A responsabilização compartilhada dos casos de saúde mental caracteriza a rede de cuidado na ESF, composta por vários dispositivos e funções a respeito de estratégias para trabalhar na área²³. Nesse sentido, para a concretização de uma clínica ampliada e integral se faz necessário equipes dispostas a assumir seu papel

estruturante, construindo novas concepções e práticas e primando por articular a rede de serviços, as práticas promocionais e preventivas da saúde mental²⁴. O compartilhamento se faz efetivo por meio da atuação de todos os integrantes da equipe em suas respectivas funções e, de maneira concreta, através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidade ou em atendimentos conjuntos pela equipe, e também na forma de supervisão e capacitação profissional²⁵. Como aponta Aosani²³, o acolhimento, o apoio matricial às equipes da atenção básica e equipe de referência são exemplos de estratégias auxiliares para composição da rede, como posturas e práticas que favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, ampliando a visibilidade e o acesso ao serviço de qualidade do cuidado e permitindo assim interação entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores de maneira democrática.

Esta pesquisa teve como objetivo estudar os itinerários terapêuticos percorridos por pacientes com transtornos mentais comuns e as particularidades referentes ao papel da ESF nestes itinerários em um município de médio porte de Minas Gerais. Os resultados podem servir de referência para aprimoramento das estratégias de abordagem à saúde mental na ESF em cenários semelhantes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo, em amostragem constituída por pacientes com TMC no contexto da atenção primária à saúde do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Viçosa conta com uma população estimada de 78.381 habitantes²⁶ e sua microrregião, pertencente à mesorregião da Zona da Mata, com população estimada em 2006 pelo IBGE em 227.203 habitantes em 20 municípios.

Foram selecionados pacientes previamente diagnosticados com TMC de duas Unidades de Saúde da Família (USF), com uma equipe cada, totalizando 10 usuárias do sexo feminino. As unidades selecionadas eram cenários de aulas práticas dos autores do artigo, propiciando um vínculo prévio com o campo, útil na abordagem qualitativa. Através de reuniões com as equipes, as pacientes participantes foram indicadas por agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS foram reconhecidos pelos profissionais da ESF das demais categorias (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas), como os profissionais há mais tempo nas equipes e com conhecimento mais detalhado dos problemas enfrentados por pacientes com transtornos mentais, incluindo aspectos familiares e sociais. Com o objetivo de analisar itinerários representativos dos desafios da ESF local na abordagem dos TMC, foi solicitado aos ACS que indicassem pacientes com sintomas de depressão, ansiedade e/ou somatização “que enfrentavam problemas e dificuldades no seu tratamento”.

O sexo dos participantes não obedeceu um recorte

previamente estabelecido da pesquisa, porém, os ACS indicaram apenas mulheres. Esta particularidade na amostragem do estudo, por um lado, está em coerência com a literatura que aponta para uma maior prevalência dos TMC, em especial a depressão, no sexo feminino^{4,27}. Entretanto, ela pode ocultar uma invisibilidade do sofrimento mental comum em pacientes do sexo masculino que vivem nos territórios atendidos por estas equipes. Esta invisibilidade pode estar na base de uma negligência de cuidados a estes pacientes que, por diversas barreiras de acesso, entre estas os estigmas de gênero, podem não estar recebendo avaliação e suporte adequados em saúde mental.

As entrevistas foram previamente agendadas conforme disponibilidade das voluntárias e realizadas na unidade ou em sua residência. Foi utilizado um roteiro com questões semiestruturadas e o tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 38 minutos. Todas foram gravadas e transcritas na íntegra. As entrevistas foram codificadas com intuito de garantir a confidencialidade dos voluntários.

As entrevistas abordaram como temas principais a experiência das pacientes quanto ao papel de sua equipe de saúde da família diante de suas necessidades e demandas de saúde em geral, com aprofundamento nas dificuldades em saúde mental. Foram levantadas as percepções das usuárias sobre o seu vínculo com a USF, o processo de reconhecimento e diagnóstico de seu sofrimento mental, o fluxo de atendimento e tratamento, os principais obstáculos encontrados e os pontos de apoio durante o tratamento.

Como método de análise das entrevistas, foi adotada a análise de conteúdo dedutiva²⁸. No método dedutivo, categorias de análise iniciais são definidas previamente à codificação, podendo ser modificadas, excluídas ou novas categorias acrescentadas, dependendo dos resultados da codificação. A abordagem dedutiva foi escolhida porque núcleos temáticos prévios – vínculo, acesso, diagnóstico e tratamento do sofrimento mental, papel da atenção primária e da atenção secundária – foram considerados categorias prévias úteis para alcançar o objetivo principal da pesquisa de descrever e analisar itinerários terapêuticos.

Todas as voluntárias que aceitaram participar do estudo assinaram uma declaração de consentimento informado. Este estudo seguiu os preceitos da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (CEP-UFV) sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 718.670/2014.

3. RESULTADOS

Os pacientes com TMC entrevistados foram mulheres de com idade entre 30 e 65 anos com renda igual ou inferior a um salário mínimo. Não foi observada uniformidade de profissão, nem mesmo estado civil. Os resultados foram agrupados de acordo

com as categorias previamente definidas, sob as quais foram reunidos os principais dados obtidos nas entrevistas.

Autopercepção de adoecimento e diagnóstico

As dez participantes descreveram como componente principal de seu sofrimento mental, sintomas depressivos, como “tristeza”, “angústia” e “falta de vontade de fazer as coisas”. Identificou-se que a presença desses sintomas era associada a perdas pessoais importantes, seja de uma pessoa ou de algum elemento significativo de suas vidas, como trabalho, e mudança de cidade. Conflitos de ordem financeira, conjugal ou familiar, também se fizeram presentes. Fosse pelo falecimento de parentes (n=1), pela tristeza por não ver o filho há muito tempo (n=1), pela separação conjugal (n=3) e o surgimento de problemas financeiros (n=2), o aparecimento dos sintomas depressivos se mostrou diretamente associado a um fato marcante, doloroso e determinante na história dessas mulheres.

“Entrei em depressão e não estava tendo as coisas para dar pro meu filho. Sem trabalhar por causa do problema e meu marido só bebendo e com outras mulheres. Então assim, foi muito difícil para mim, complicado mesmo.”

Estavam presentes de forma similar os pensamentos suicidas (n=4), a tendência de isolamento social (n=5) e problemas de relacionamento (n=3). Na identificação dos sinais de depressão, constataram-se a perda de apetite (n=4), dificuldade para dormir (n=2), tristeza frequente e sem motivo aparente (n=3), estresse e nervosismo inéditos (n=2), choro desmotivado e excessivo (n=3), ganho de peso repentino (n=1), além de sintomas de síndrome do pânico e mania associados (n=2). Todas as entrevistadas destacaram a importância do reconhecimento desses sinais primeiramente pela família e pessoas próximas, inclusive antes da autopercepção pelas pacientes.

“Eu achei que eu estava normal. As pessoas que estavam ao meu redor, minha família, que percebiam que não estava normal.”

Continuidade/satisfação com o tratamento

Duas das pacientes entrevistadas faziam acompanhamento em ambulatórios de psiquiatria (n=2) e uma em ambulatório de outra especialidade (n=1). Apenas três pacientes davam continuidade ao tratamento na Unidade de Saúde da Família (n=3), apesar do tratamento não se dar exclusivamente neste cenário. Duas não faziam acompanhamento regular (n=2). Uma entrevistada não utilizava a USF para seu tratamento de saúde mental (n=1) e seis pacientes procuram a USF apenas para encaminhamentos e renovação de receitas (n=6).

No aspecto da satisfação, é inevitável que em alguma das entrevistas não estivesse presente ao menos alguma observação negativa a ser feita. As críticas se resumem a má qualidade do atendimento (n=4) devido ao tratamento descrito como frio, improdutivo e não

resolutivo, assim como a dificuldade de acesso e para agendamento de consulta.

“Não adianta você ir no médico e ele não te ouvir, o certo é você ir no médico e ele escutar o que você tem e depois passar uma receita.”

Uma paciente relatou ter questionado um médico do ESF sobre a má qualidade do atendimento e ele apontou como motivo o grande número de pacientes que deveriam ser atendidos em um curto período de tempo.

“(...) eu cheguei e ele já foi com a caneta me dando a receita. Eu levantei e falei ‘Se for para o senhor passar a receita, é melhor eu ir embora’. Eu quero que um Médico me escute. Ele afastou e falou ‘Ah, mas eu não posso, tem muito paciente!’ ‘Achei um médico muito ignorante.’”

A falta de sequência e de resolutividade também foram pontos negativos do atendimento oferecido na atenção primária.

“Então assim, é uns atendimentos que não tem muita sequência, o médico não é muito coerente, não incentiva você a fazer nada.”

Por um outro âmbito, a satisfação com o atendimento médico também é ressaltada nas entrevistas. Na maior parte delas, a atenção primária é a menos insatisfatória. O estabelecimento de empatia e vínculo (n=5) são características bastantes valorizadas por elas e pela figura do paciente de uma forma geral.

“Ai ele começou a conversar e eu vi que podia me abrir com ele e foi assim.”

Foi possível perceber a associação direta entre o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente e o seguimento efetivo do tratamento.

“Então, eu encontrei uma médica muito boa. Faço tratamento com ela até hoje.”

Fontes de apoio para as pacientes

Observou-se que os principais pontos de apoio das pacientes eram os familiares (n=6), amigos e vizinhos (n=4), trabalho ou atividades ocupacionais (n=2), os próprios profissionais de saúde (n=2) e a religião (n=5).

A instituição que mais ofereceu apoio às pacientes entrevistadas foi a família. Seis das dez mulheres alegaram que a presença de algum familiar foi de grande importância no tratamento e acompanhamento de seu problema mental (n=6). O marido (n=3) e a mãe (n=2) foram os familiares mais citados.

“E minha mãe ficou uns três, quatro meses morando lá comigo só pra me ajudar [...]” “Então meu marido escondeu os remédios, ninguém me deixava sozinha e a família do meu marido me deu um apoio muito grande porque minha família mora longe.”

Depois da família, o ponto de apoio mais procurado era a religião. Metade das pacientes citaram que buscavam em Deus e na fé força para enfrentar os problemas e o tratamento (n=5).

“Agora eu coloquei minha fé para funcionar e para dormir eu não tomo remédio.” “Ai minha mãe pedindo em oração e eu entreguei minha vida mesmo a Deus.”

Além disso, as atividades que as comunidades

religiosas oferecem (catequese, grupo de oração, entre outros) ajudam a ocupar o tempo e se mostraram importantes na efetividade do tratamento.

Os vizinhos e amigos são importantes, pois eram com quem as pacientes podiam conversar sobre seus problemas e quem aconselhava. Os profissionais de saúde citados foram nutricionistas, psicólogos e agentes de saúde, muitas vezes também por ser mais uma oportunidade de conversar e expor os problemas.

Principais obstáculos encontrados

As mulheres entrevistadas elencaram como principais obstáculos ao tratamento a dificuldade em marcar consultas na APS e com especialistas pelo SUS (n=3) e dificuldades financeiras (n=7).

A dificuldade para marcar consultas às vezes iniciava-se na própria USF. Frequentemente, as fichas para marcar a consulta se esgotavam rapidamente ou então havia muitas pessoas na fila, o que fazia o atendimento ser adiado por bastante tempo.

“Porque eu perguntava se tinha ficha e aí ‘ah, as vagas estão cheias...’.”

No caso de marcar consultas com psiquiatras, os obstáculos são ainda maiores. Nas entrevistas, muitas pacientes alegaram que é necessário chegar de madrugada na fila para conseguir ficha ou têm de pagar alguém para ficar na fila por elas durante a noite. Havia poucas vagas e o tempo de espera para conseguir uma consulta era, em média, de três a quatro meses.

“Demora e muitas vezes você tem que chegar de madrugada lá, porque se chegar sete horas, não tem mais ficha.” “Eles falam que é de dois em dois meses, mas às vezes passam quatro meses porque não consegue a vaga”

A maioria das pacientes relatou que a situação financeira precária prejudicou o seguimento do tratamento. Sempre a necessidade de comprar a medicação, por não estar disponível na farmácia do SUS, produzia impacto no orçamento familiar. Observou-se abandono do tratamento por falta de condições financeiras para adquirir os medicamentos, ou mesmo necessidade de ajuda de terceiros, geralmente a mãe ou amigos.

“Mas mesmo manipulado ele não é tão barato, é R\$50,00 esse vidrinho aqui.”

As consultas privadas eram, por vezes, necessárias. Porém, para as entrevistadas, o valor das consultas era considerado muito alto e impraticável muitas vezes.

“Ai eu vou ter que levar esse papel e conversar com ele que eu vou vender a minha casa debaixo que ele tá morando, né? Vou vender pra fazer tratamento né... Eu não tenho dinheiro, pra poder cuidar”

Outro obstáculo muitas vezes encontrado foi o estigma em relação a doenças mentais. Quatro pacientes (n=4) declararam já ter sofrido algum tipo de preconceito ou sentir vergonha devido à sua situação psiquiátrica. O estigma em relação a esse tipo de doença faz com que sintam vergonha de si e da doença, podendo prejudicar a adesão ao tratamento e até mesmo agravar o quadro.

“Não falei a verdade, não tive a coragem de falar a verdade para ele porque eu tinha vergonha das meninas ou alguém saber que eu estava tomando aquele remédio e o pessoal todo comentar que eu estou doida, sabe?”

Metade das pacientes encontraram dificuldades com os profissionais de saúde (n=5). Médicos, nutricionistas e psicólogos foram citados. As principais queixas foram em relação à falta de atenção e ao descaso dos profissionais com as pacientes. Consultas muito rápidas também foram um incômodo. A inexistência de uma boa relação entre o paciente e o profissional de saúde foi motivo para abandono ou adiamento do tratamento.

“(Ele não deu) A atenção que eu merecia!” “Não adianta você ir no médico e ele não te ouvir, o certo é você ir no médico e ele escutar o que você tem e depois passar uma receita.”

Por fim, foram considerados obstáculos também a dificuldade em adaptar-se aos medicamentos (n=4), às vezes porque eles não estavam sendo efetivos e, outras, pelos efeitos adversos que causavam (sonolência, retenção hídrica, agitação).

4. DISCUSSÃO

O foco deste trabalho foi mapear e analisar os caminhos percorridos pelas entrevistadas na procura por cuidados em saúde mental, considerando pontos positivos e obstáculos envolvendo a Estratégia Saúde da Família. Foi possível identificar elementos em comum nas entrevistas que corresponderam às categorias principais do estudo.

A percepção do sofrimento emocional e psicológico das entrevistadas foi descrita principalmente na forma de sintomas depressivos, como tristeza, indisposição, prejuízo às relações interpessoais, isolamento social e pensamentos suicidas. Tristeza, desânimo e perda do prazer de viver foram queixas comuns dessas usuárias e é conhecido que, na maioria das vezes, costumam estar associadas¹⁵. São pessoas que estão além dos critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações internacionais, apresentando sintomas proeminentes que produzem incapacidade funcional comparável ou até pior do que outros agravos crônicos já bem estabelecidos. O aumento do sofrimento individual gera implicações socioeconômicas significativas²². O acontecimento de eventos negativos na vida das entrevistadas, como falecimento de parentes, ausência dos filhos, separação conjugal e surgimento de problemas financeiros são aspectos cruciais para a consolidação e agravamento dos sintomas. As consequências abarcaram os diferentes âmbitos da vida das entrevistadas e se fizeram presentes na forma de depressão pós-parto, rejeição aos filhos, sintomas homicidas em relação a eles, assim como na manifestação de problemas cardiovasculares, hipertensão arterial, dores crônicas, crises de ausência e alucinações auditivas. No âmbito da APS, um em cada dois pacientes com transtorno ansioso e/ou depressivo tem uma manifestação

somatoforme associada¹² e isso se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico do transtorno mental, são associados a piora do quadro clínico principal e à aderência inadequada aos tratamentos propostos²².

O alto número de entrevistadas que procuraram a USF apenas para encaminhamentos e renovação de receitas apontou que a atenção secundária cumpria o papel da atenção primária na oferta de tratamento para a maioria dessas pacientes. Essa situação se tornava mais grave e, em certa medida, podia ser justificada pela insatisfação das pacientes com a má qualidade e não resolutividade dos atendimentos, além da dificuldade de acesso e marcação de consultas na atenção primária.

A assistência à saúde mental tem várias estratégias para a efetividade de suas práticas de cuidado, no entanto existem múltiplos obstáculos a isso, tais como a lacuna existente na qualidade e habilidade dos profissionais da APS em lidar com os transtornos mentais comuns. A dificuldade de acesso a esse serviço torna os atendimentos rápidos e ineficazes, focados apenas nas prescrições médicas ou na referência à atenção secundária²⁹. Constata-se que parte importante das pessoas com transtornos mentais comuns não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é reconhecida e diagnosticada com estes problemas, reiterando a necessidade de formação especializada em atenção primária à saúde como elemento fundamental para o alcance de uma qualificação assistencial⁷.

Os obstáculos encontrados não só direcionam à procura por atendimento em serviços privados como também atrapalham a continuidade do tratamento. Dentre eles, pode-se elencar ainda: a condição socioeconômica desfavorável; o preconceito social em relação à doença mental; a timidez e o medo, interferindo no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente; e, por fim, a dificuldade em adquirir e adaptar-se aos medicamentos receitados. Vale ressaltar a não utilização do matriciamento como modelo de organização do processo de trabalho entre as equipes da atenção primária e secundária, restringindo o tratamento somente a medicamentos na maioria dos casos, mantendo o cuidado em saúde mental em um modelo patológico/curativo, em ambos os níveis de atenção.

Neste contexto, é necessário a formação apropriada dos profissionais que atuam nas equipes da APS. É esperado que profissionais não especializados nesse nível de atenção se vejam sem instrumentos e habilidades suficientes para assistirem à saúde mental de seus pacientes. Diálogo e trabalho em conjunto, compartilhando o plano terapêutico dos pacientes entre nível primário e secundário de cuidado à saúde mental, levam a maior resolubilidade dos casos^{6,29}. Há necessidade de profissionais da atenção primária capacitados para assumir um papel central no manejo dos pacientes e não fazerem apenas diagnósticos e encaminhamentos, de forma que os serviços de APS

ofereçam, de fato, cuidado em saúde mental⁶.

A instituição familiar foi a que mais ofereceu apoio às pacientes entrevistadas. Logo em seguida, destacou-se a religião, independente da sua vertente. A participação familiar é fundamental para a reintegração social e reestabelecimento da autonomia do paciente em tratamento, mas é preciso uma boa estruturação familiar e assistência das equipes de saúde também aos familiares para que possam resolver ou ao menos amenizar suas dificuldades durante o processo²⁹. Dentro dos impactos associados ao transtorno mental, identificaram-se: o início do uso de bebidas alcoólicas, dificuldade de dormir e se alimentar, isolamento social, baixa autoestima, timidez e perda do autocuidado. Outros impactos apontados foram: efeitos colaterais medicamentosos, pensamentos suicidas e homicidas, gastos financeiros, somatização, problemas de relacionamento e a interferência no agravamento de problemas de saúde já existentes e comorbidades.

Os TMC são uma das principais causas de morbidade na APS, gerando impacto na qualidade de vida dos doentes, elevado custo para o SUS, alto índice de internação e solicitação de exames desnecessários. Por esses motivos, são necessárias políticas públicas voltadas ao seu manejo. Essas consequências dos TMC identificadas no presente estudo são, muitas vezes, formas de apresentação da doença, mas nem sempre são reconhecidas desta forma pelos profissionais de saúde, devido a maior valorização de sintomas físicos, legitimados pelo modelo biomédico, o que repercute no adequado tratamento e culmina em peregrinação dos pacientes pelo sistema⁵. O estudo em questão ergueu-se através da importante revisão de literatura anterior ao trabalho de campo realizado, a partir do empenho e preparação dos pesquisadores na busca e análise dos dados e sobre a colaboração das pacientes entrevistadas, protagonistas do estudo em questão.

Sobre suas limitações, a associação entre os descritores Saúde Mental, Transtorno Mental, Atenção Primária à Saúde e Avaliação dos Serviços de Saúde compôs uma abordagem inédita em comparação com outras literaturas, o que de certa forma dificultou e limitou a busca por dados e o aprofundamento da pesquisa. A subjetividade de muitos dos dados obtidos, assim como a variedade inevitável implícita na avaliação dos dados pelos pesquisadores e o pequeno número de pacientes se mostraram como fatores limitantes do estudo.

Os resultados obtidos são de grande valia para a visualização do cenário do sistema de saúde local. A partir dos relatos e da coleta de dados das envolvidas é possível verificar as inúmeras falhas ainda presentes no âmbito da APS, principal foco do estudo. A pesquisa elucida os pontos negativos e positivos da atual situação e vislumbra, portanto, a possibilidade de melhora da prática dos profissionais e da conjuntura do sistema. Pretende-se disponibilizar os resultados obtidos diretamente às Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo, ao partir da análise dos caminhos percorridos por dez portadoras de transtornos mentais comuns na rede de atenção primária à saúde, aponta, através dos elementos da experiência destes usuários, debilidades e potencialidades da ESF. Os transtornos mentais comuns colocam em intenso movimento e busca por cuidado aqueles que o protagonizam, de forma a causar impacto e incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. Os estudos mais recentes, assim como este, endossam que a articulação das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção ainda configura um dos desafios da reforma psiquiátrica em andamento, com falhas nos quesitos acessibilidade, continuidade e gerenciamento do cuidado, matriciamento e outros. Dessa forma, o estudo significa uma importante ferramenta para compreender o itinerário terapêutico dos portadores desse sofrimento mental comum. Assim como, para visualizar as falhas do sistema de saúde e possivelmente construir um plano de ação visando um maior aproveitamento da estratégia existente a fim de aprimorar o auxílio e a oferta de cuidado àqueles que são vítimas de um sofrimento que atinge o ser humano em todos os seus âmbitos.

6. FINANCIAMENTO

As autoras Raíssa Dalat Coelho Furtado e Tatiana Ferreira França realizaram parte desta pesquisa como bolsistas do Programa Jovens Talentos para Ciência da CAPES entre 2013 e 2014.

REFERÊNCIAS

- [1] Fernandes L, Basílio N, Figueira S, Nunes JM. Saúde Mental em Medicina Geral Familiar—obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2017; 22:797-805.
- [2] Minoia NP, Minozzo F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicol. Cienc. Prof.* 2015; 35(4).
- [3] Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Ment.* 2012 ;35(4):315-322.
- [4] World Health Organization, World Organization of National Colleges, Academies, Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva. 2008.
- [5] Nóbrega MDPSD, Fernandes MFT, Silva PDF. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(1).
- [6] Gryschek G, Pinto AAM. Mental health care: how can Family Health teams integrate it into Primary Healthcare?. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3255-3262.
- [7] Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas

- internacionais e cenário brasileiro. *Interface*. 2015; 19 (55):1121-1132.
- [8] Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saude E Soc*. 2012; 21:1022-1034.
- [9] Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico*. 2016; 47(2):159-168.
- [10] dos Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira; uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. Bras. Psiquiatr*. 2010; 59(3):238-246.
- [11] Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2):476-493.
- [12] De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract*. 2008; 9(1):5.
- [13] Murray CJ, Lopez AD, World Health Organization. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. Geneva, 1996.
- [14] Schramm JMDA, Oliveira AFD, Leite IDC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):897-908.
- [15] Ministério da Saúde do Brasil. Cadernos de Atenção Básica, 34: Saúde Mental. Brasília (DF). 2013. Departamento de Atenção Básica. [acesso em 15 jun. 2015] Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>>
- [16] Aragonès E, Piñol JL, Labad A. Depression and physical comorbidity in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 63(2):107-111.
- [17] Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet*. 2007; 370(9590):859-877.
- [18] Cabral ALLV, Martínez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16:4433-4442.
- [19] Maliska ICA, Souza Padilha MIC. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007; 9(3).
- [20] Rabelo MC, Alves PCB, Souza IM. A. Experiência de doença e narrativa. SciELO-Editora FIOCRUZ. 1999.
- [21] Reinaldo AMDS. O itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida de um paciente psiquiátrico (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 2003.
- [22] Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG, et al. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(8), 1639-1648.
- [23] Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*. 2013; 5(2):71-80.
- [24] Moliner JD, Lopes SMB. Mental health in primary care: possibilities for a practice focused on the expansion and integrality of mental health. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(4):1072-1083.
- [25] Mello MF, Mello AF, Kohn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil: epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. Porto Alegre: Artmed. 2007.
- [26] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2017 [acesso em 30 abr 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/vicosa/panorama>
- [27] World Health Organization, World Organization of National Colleges, Academies, Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. 2017.
- [28] Cho JY, Lee EH. Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: Similarities and differences. *The Qualitative Report*. 2014; 19(32):1.
- [29] Barbosa VFB, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental The role of primary attention in health on the constitution of the network care in mental health. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2017; 9(3):659-668.