



ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE INDIVÍDUOS COM SUSPEITA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM

THERAPEUTIC ITINERARY OF INDIVIDUALS SUSPECTED OF COMMON MENTAL DISORDER

ITINERARIO TERAPÉUTICO DE INDIVIDUOS CON SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL COMÚN

Érica Silva Rocha¹, Roselma Lucchese², Ivânia Vera³, Camila Lucchese Veronesi⁴, Rodrigo Lopes de Felipe⁵,
Isabela Santos de Assis⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o itinerário terapêutico dos indivíduos com suspeita de transtorno mental comum cadastrado em uma unidade de Saúde da Família. **Método:** estudo seccional, observacional, analítico. Aplicou-se um questionário com caracterização socioeconômico-demográfica e o instrumento de rastreamento de transtornos mentais não psicóticos. A coleta de dados aconteceu entre julho/2011 e fevereiro/2012. Para análise de associação univariada consideraram-se os indivíduos com escore ≥ 7 e que procuraram pelo serviço de saúde nos últimos seis meses como a variável desfecho; as condições sociodemográficas foram consideradas como as variáveis preditoras. O projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 028/2009. **Resultados:** o transtorno mental comum foi associado às variáveis solteiro, desempregado e aposentado. O serviço de saúde mais procurado foi o Pronto-Socorro. **Conclusão:** há prevalência de busca de atendimento à saúde no nível de atenção secundária, demonstrando o distanciamento da Atenção Primária que deveria ser a primeira escolha da população. **Descritores:** Saúde Mental; Acesso ao Serviço de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the therapeutic itinerary of individuals suspected of common mental disorder in a Family Health unit. **Method:** this was a sectional, observational, and analytical study. A questionnaire with socioeconomic-demographic characterization and a tracing instrument of non-psychotic mental disorders were used. The data collection was performed between July of 2011 and February of 2012. In the univariate association analysis, individuals with score ≥ 7 who seek for health services in the past six months were considered the outcome variable and socio-demographic conditions were considered as predictor variables. The research project was approved by the Committee of Ethics in Research, Protocol 028/2009. **Results:** common mental disorder was associated with the variables of being single, unemployed, and retired. The most sought-after health service was the ER. **Conclusion:** the seeking of health care was prevalent in the secondary care level demonstrating the distance of Primary Care, which should be the population's first choice. **Descriptors:** Mental Health; Access to Health Services; Primary Health Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir el itinerario terapéutico de los individuos con sospecha de trastorno mental común registrado en unidad de Saúde da Família. **Metodología:** estudio seccional, observacional y analítico. Un cuestionario de características socioeconómico-demográficas fue aplicado, también el instrumento de rastreo de trastornos mentales no psicóticos. La recolección de datos ocurrió entre julio/2011 y febrero/2012. Para el análisis de asociación univariada se consideraron los individuos con escore > 7 y que buscaron el servicio de salud en los últimos seis meses como variable de desenlace; las condiciones sociodemográficas fueron consideradas como las variables preditoras. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 028/2009. **Resultados:** el trastorno mental común fue asociado a las variables soltero, desempleado y jubilado. El servicio de salud más buscado fue el Pronto-Socorro (Centro de Atención Primaria). **Conclusión:** hay prevalencia de búsqueda de atención de salud en el segundo nivel de atención, lo que demuestra el alejamiento de la atención primaria, que debería ser la primera opción de la población. **Descritores:** Salud Mental; Acceso al Servicio de Salud; Atención Primaria a la Salud; Enfermería.

¹Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do de Goiás/UFG. Catalão (GO), Brasil. E-mail: erica.ufgenf@hotmail.com;

²Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão. Coordenadora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão. Catalão (GO), Brasil. E-mail: roselmalucchese@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão. Catalão (GO), Brasil. E-mail: ivaniavera@gmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Assistente, Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão. Catalão (GO), Brasil. E-mail: camilalucchese@gmail.com; ⁵Farmacêutico. Professor Especialista, Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão. Catalão (GO), Brasil. E-mail: rlfarmaceutico@bol.com.br; ⁶Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do de Goiás/UFG - Campus Catalão. Catalão (GO), Brasil. E-mail: isabelasassis@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde mental é responsável por uma grande porcentagem de invalidez e mortalidade na população em geral. Uma entre quatro pessoas sofrerá com alguma condição de saúde mental ao longo da vida. A depressão será a segunda causa de incidência de doenças em países de renda média e a terceira maior em países de baixa renda até 2013.¹

Nesta perspectiva, os transtornos mentais são responsáveis por quatro em cada dez principais causas de incapacidade em todo mundo e afetam 25% da população em alguma fase da vida. No Brasil, em torno de 31% a 50% da população tendem a apresentar durante a vida pelo menos um episódio de algum transtorno mental. A ajuda profissional para estas pessoas é em torno de 20% a 40%, em decorrência desses transtornos, o que indica a relevância social da problemática.²

Estas informações são corroboradas por pesquisadores, que estudaram populações específicas de regiões distintas. A Grécia é um exemplo, em que 14% da população estudada sofriam com alguma morbidade psiquiátrica.³

Dentre os tipos de sofrimento mental, este estudo interessou-se pelo Transtorno Mental Comum (TMC). São tipos de sofrimento mental classificados por não psicóticos, em que a pessoa apresenta sintomas que produzem incapacidade funcional, mas que geralmente não preenchem requisitos formais para formular diagnósticos. Estes sintomas são identificados por insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldades de concentração e queixas somáticas.⁴

A prevalência de TMC no Brasil é oscilante. Em um município do Rio Grande do Sul chegou a 51,1% dos indivíduos que buscam atendimento na atenção primária à saúde (APS), sendo a depressão, a ansiedade generalizada e a distímia, os diagnósticos mais frequentes. É justamente essa população a que mais utiliza os serviços de saúde, onde buscam por consultas com clínicos e com especialistas, serviços de emergência, sendo, também, os responsáveis pelo maior uso de medicação para dor.⁵

Ao nível internacional a APS é uma estratégia de organização da atenção à saúde, que objetiva atender de forma regionalizada, contínua e sistematizada as necessidades da população, com ações preventivas e curativas. A APS no Brasil agrupa os princípios da Reforma Sanitária constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por duas características básicas: a regionalização, em

que os serviços de saúde devem ser organizados para atender as diversas regiões nacionais, identificando as necessidades de saúde de cada região; e a integralidade, visando fortalecer a união entre as ações curativas e preventivas.⁶

Nesse sentido, nota-se a importância da APS no cuidado à população. Sabe-se que 56% das equipes de Saúde da Família (SF) realizam alguma ação de saúde mental, configurada como parte da rede básica de saúde e porta de entrada do usuário. Em todos os níveis se percebe que há contato muito próximo entre as equipes de SF e os problemas de saúde mental.⁷

Com relação às equipes de SF, é fundamental que a saúde mental e TMC sejam consideradas em suas prioridades. Ao incluí-los nas estratégias de promoção, prevenção e terapêutica, juntamente com as já existentes como diabetes e hipertensão arterial, alcançarão os objetivos de garantir atendimento integral aos usuários. Assim, acontecerá a promoção do bem-estar e qualidade de vida da população pela qual é responsável, além de aumentar a resolutividade e efetividade dos recursos de saúde já existentes.⁵

Diante do exposto, observa-se que o TMC tem se apresentado expressivo na população, o que se justifica a necessidade de estudá-lo na APS. Em virtude de seu atendimento, questiona-se onde essa população em sofrimento mental procura ajuda, como isso acontece e onde estão sendo atendidas.

Identificar o itinerário de pessoas que buscam serviços de atenção à saúde contribui para compreender como é o comportamento dos indivíduos com relação à utilização destes serviços. Tal conhecimento revela a escolha de estratégias adequadas que vão garantir o acesso no momento necessário e de forma contínua, promovendo a criação de vínculo entre a equipe de saúde e comunidade, e, com isso, melhorar a adesão ao tratamento.⁸

O conhecimento sobre os itinerários terapêuticos pode subsidiar a organização dos serviços de saúde e de gestão e construir práticas assistenciais compreensivas integradas. Além disso, pode servir como suporte para avaliação da efetividade das redes assistenciais para garantir acesso, detecção das reais necessidades para o desenvolvimento de programas educativos, de capacitação profissional e adequação dos fluxos de atendimento.⁸

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo descrever o itinerário terapêutico dos indivíduos com suspeita de transtorno

mental comum, cadastrados em uma unidade de SF.

MÉTODO

Estudo seccional, observacional analítico realizado na população atendida por uma equipe de SF, em um município de médio porte no centro-oeste brasileiro, com significativa representatividade econômico-social regional. A escolha da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deu-se por esta representar a inserção do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Campus Catalão, e por expressivo atendimento de 1440 famílias cadastradas, concebendo cerca de 4810 pessoas, local em que atuam 8 agentes comunitário de saúde (ACS) em suas micro áreas.

A população de estudo sobrevém do banco de dados de uma pesquisa matriz que aplicou o instrumento de rastreamento de transtorno mental não-psicótico *Self Report Questionnaire 20 (SRQ-20)* em 607 indivíduos atendidos pela unidade de SF e selecionados por conveniência.

Deste banco de dados foram selecionados para amostra indivíduos que apresentaram escore $\geq$ a 7 e que responderam integralmente as questões acerca da procura de serviços de saúde e atendimento nos diversos níveis de atenção à saúde. Foram excluído aqueles que apresentavam transtorno mental grave e persistente, déficit cognitivo relatado ou observado, pessoas sobre efeito de substância alcoólica e outras drogas, incompatibilidade de endereço e ausência de um membro da família até a terceira visita do pesquisador. Todos foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e os que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O procedimento de coleta de dados iniciou-se por meio de reuniões com a equipe de SF, apresentação do projeto e compromisso de colaboração das ACS, no sentido de introduzir os pesquisadores no campo. A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho de 2011 a fevereiro de 2012.

Em espaço reservado aplicou-se o questionário estruturado contendo a caracterização socioeconômica e demográfica e o instrumento de rastreamento de transtornos mentais não psicóticos SRQ-20. Para aqueles com escore $\geq$ a 7 foi acrescido as questões referente a procura por serviços de saúde e atendimento.

O SQR-20 foi traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa. Composto por 20 questões relacionadas à condição de saúde mental nos últimos 30 dias, as respostas

são do tipo SIM ou NÃO e cada resposta sim equivale a um ponto. O resultado pode variar de 0 (zero), nenhuma probabilidade, a 20 (vinte), extrema probabilidade. O ponto de corte considerado neste estudo foi igual ou superior a 7 para ambos os sexos.⁹

Os dados foram digitados no programa *Excel for Windows®* 2003-2007 em dupla conferência. Após a digitação, foi realizada a limpeza do Banco de Dados e checagem das inconsistências. A análise dos dados foi obtida por medidas de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* for Windows versão 15.0.

Para análise de associação univariada consideraram-se os indivíduos com escore $\geq$ 7 e que procuraram pelo serviço de saúde nos últimos seis meses como a variável desfecho; as condições sociodemográficas foram consideradas como as variáveis preditoras.

Utilizou-se o teste Qui Quadrado $(x)^2$ ou Fischer e nível de significância de 5%. A medida de efeito utilizada foi a Razão de Prevalência (RP). Foram considerados fatores associados à variável desfecho o valor de $p < 0,05$.

Os cuidados éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos foram resguardados. Este estudo integra a pesquisa matriz que estudou o processo de cuidado da saúde articulado à formação do profissional enfermeiro. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (COEP/UFG), protocolo 028/2009.

RESULTADOS

Nesse estudo foi analisada a busca por serviços de saúde nos últimos seis meses por pessoas com escore $\geq$ a 7, objetivando identificar qual o itinerário dos indivíduos estudados na busca por atenção à saúde.

Foram estudados 607 indivíduos, dos quais 181 (29,81%) apresentaram suspeita de TMC com resultado do SRQ $\geq$ 7, em sua maioria pertencentes ao gênero feminino (91,16%). Dos 181 indivíduos com suspeita de TMC, 115 (63,53%) referiram ter procurado algum serviço de saúde nos últimos seis meses, sendo mais prevalente a população feminina (64,2%).

Os indivíduos entrevistados apresentaram vários motivos para justificar a procura por serviços de saúde, somando um total de 137 eventos. As motivações foram agrupadas em classes para proporcionar apresentação mais objetiva do estudo. Dentre eles, destacam-se os problemas cardiovasculares (20,43%)

expressos pela hipertensão arterial, arritmias, infartos e cardiopatias em geral, seguidos por ortopédicos (10,94%), algias (9,48%), problemas ginecológicos (9,48%), alterações endócrinas (7,29%), neurológicos (6,56%), gastrointestinal (5,10%), infecções em geral (3,64%), problemas renais (2,91%), consultas e exames de rotina (2,91%) e outros motivos (12,4%). Quanto às questões relacionadas à saúde mental, houve relatos de crises depressivas e consultas com psicólogos (8,75%).

Com relação aos serviços de saúde procurados, a maioria buscou atendimento diretamente no Pronto-Socorro pelo SUS

(26,66%), seguido por posto de saúde e SF (21,48%), consultórios por planos de saúde (13,33%), consultórios particulares (11,85%), ambulatório do Hospital (11,85%), pronto atendimento particular/convênios (8,88%), centro de especialidades (2,22%), atendimento farmacêutico (2,22%) e outros locais (1,48%).

A tabela 1 revela as condições sociodemográficas das pessoas que procuraram os serviços de saúde nos últimos 12 meses por indivíduos com suspeita de TMC, tendo como desfecho aqueles com escore $\geq$ 7 no SQR-20.

Tabela 1. Procura por serviço de saúde nos últimos 12 meses pelos indivíduos com suspeita de TMC. Catalão, Goiás, Brasil, 2012

	N (%)	Sim $\geq$ 7	Não $\leq$ 7	RP	IC 95%	Valor de p
Sexo		n (%)	n (%)			
Feminino	165 (91,2)	106 (64,2)	59 (35,8)	1,14	0,73-1,79	0,525
Masculino	16 (8,8)	9 (56,3)	7 (43,8)		1,00	
Faixa etária						
> ou =18 anos e <60	154 (85,1)	94 (61,0)	60 (39,0)		1,00	
60 - 69 anos	17 (9,4)	13 (76,5)	4 (23,5)	1,23	0,92-1,64	0,244
70 - 79 anos	9 (5,0)	7 (77,8)	2 (22,2)	1,24	0,86-1,79	0,298
80 ou mais anos	1 (0,6)	1 (100,0)	0 (0,0)	1,58	1,41-1,76	0,635
Etnia referida						
Branco	93 (51,4)	61 (65,6)	32 (34,4)	1,07	0,86-1,33	0,554
Negro	14 (7,7)	10 (71,4)	4 (28,6)	1,14	0,80-1,61	0,522
Pardo	65 (35,9)	40 (61,5)	25 (38,5)	0,95	0,75-1,20	0,676
Amarelo	9 (5,0)	4 (44,4)	5 (55,6)		1,00	
Estado civil						
Vive com companheiro	129 (71,3)	83 (64,3)	46 (35,7)	1,05	0,81-1,34	0,722
Viúvo	15 (8,3)	13 (86,7)	2 (13,3)	1,41	1,12-1,78	0,051
Solteiro	21 (11,6)	9 (42,9)	12 (57,1)	0,65	0,39-1,07	0,036*
Divorciado	16 (8,8)	10 (62,5)	6 (37,5)	0,98	0,66-1,46	0,928
Escolaridade						
Analfabeto	8 (4,4)	6 (75,0)	2 (25,0)	1,19	0,79-1,80	0,389
Sabe ler/escrever	14 (7,7)	12 (85,7)	2 (14,3)	1,39	1,09-1,78	0,072
Primário	63 (34,8)	38 (60,3)	25 (39,7)	0,92	0,73-1,17	0,510
Ensino médio	84 (46,4)	54 (64,3)	30 (35,7)	1,02	0,82-1,27	0,845
Superior	12 (6,6)	5 (41,7)	7 (58,3)		1,00	
Filhos						
Sim	169 (93,4)	108 (63,9)	61 (36,1)	1,10	0,67-1,79	0,459
Não	12 (6,6)	7 (58,3)	5 (41,7)		1,00	
Ocupação						
Estudante	6 (3,3)	3 (50,0)	3 (50,0)	0,78	0,35-1,75	0,381
Emprego com carteira assinada	21 (11,6)	16 (76,2)	5 (23,8)	1,23	0,94-1,61	0,200
Autônomo	49 (27,1)	26 (53,1)	23 (46,9)	0,79	0,59-1,05	0,074
Desempregado	3 (1,7)	0 (0,0)	3 (100,0)	0,00	0,00-1,27	0,047*
Aposentado/pensionista	28 (15,5)	23 (82,1)	5 (17,9)	1,37	1,10-1,69	0,026*
Do lar	73 (40,3)	46 (63,0)	27 (37)	0,99	0,79-1,24	0,904
Aposentado/Autônomo	1 (0,6)	1 (100,0)	0 (0,0)	1,58	1,41-1,76	0,635

RP: Razão de prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança; *nível de significância: $p<0,05$

A análise univariada revelou associação ao desfecho as variáveis preditoras: estar solteiro ($p=0,036$; RP:0.65; IC95%:0.39-1.07), referir estar desempregado ($p=0.047$; RP=0.00; IC95%:0.00-1.27) e estar aposentado/pensionista ($p=0.026$; RP:1.37; IC95%:1.10-1.69).

DISCUSSÃO

A população estudada foi a que obteve pontuação $\geq$ a 7 no SRQ, o que sugere um indicativo de TMC. Esses indivíduos, embora obtivessem resultado sugestivo para TMC, referem vários outros motivos para justificar sua busca pelo serviço de saúde.

Os resultados deste estudo podem se justificar com a orientação de que transtornos mentais interagem com outras condições de saúde, causando os sintomas somáticos, que incluem dor, fadiga e tonturas. Outras condições que também afetam a saúde são as síndromes específicas de órgãos e sistemas, às vezes sem causa específica, como a síndrome do intestino irritável, fibromialgia, síndrome de fadiga crônica, dor pélvica crônica, disfunção da articulação tempero-mandibular e síndromes sexuais.¹⁰

Pesquisa prévia revelou que os sintomas somáticos estão fortemente associados com

TMC em cerca de 15% dos pacientes atendidos na APS.¹⁰

Em relação ao gênero, as mulheres têm apresentado maior prevalência de TMC. Resultados corroborados com o estudo realizado na Grécia entre 2009-2010 com 4.894 indivíduos, revelam que 14% da população estudada tinham algum TMC. Quando se avaliou especificamente o gênero, as mulheres apresentaram maior percentual de transtornos (17%) quando comparadas aos homens (11%). Destacaram-se o transtorno de ansiedade (4,1%) e depressão (2,9%).³

A associação do desfecho nesta pesquisa, com algumas condições sociodemográficas, são fatores relevantes a serem considerados, uma vez que estar solteiro e referir estar desempregado representaram uma menor possibilidade de procurar algum serviço de saúde, e estar aposentado, uma maior probabilidade de procurá-los.

A atividade laboral, por outro lado, pode refletir na qualidade de vida das pessoas, consequentemente, na saúde do indivíduo. O trabalho é considerado como uma obrigação moral do indivíduo e é compreendido como uma essência da vida, tanto na perspectiva econômica como na psicossocial, além disso, expressa atividade e dignidade.¹¹

O número expressivo “do lar” referido pelos entrevistados pode estar relacionado à condição de desemprego no momento da coleta de dados e, possivelmente, por uma busca menor dos serviços de saúde. O desempregado refere-se à população economicamente ativa, em condição de ausência de trabalho, enquanto que para os idosos e aposentados significa que não fazem mais parte da população economicamente ativa, sendo inativos perante a perspectiva socioeconômica.¹¹

A condição de estar ou não empregado gera sentimentos contrários de acordo com a faixa etária que a vivencia, isto é, enquanto que para os atuantes no mercado de trabalho ela é vista como atividade desgastante, para os idosos que se aposentaram e estão afastados do trabalho, é vista como a realização da própria vida e, quando se afastam dessa atividade diária, sentem-se incompletos e inúteis. É no ambiente de trabalho que os indivíduos realizam contatos com outras pessoas e, por meio dele, obtêm o reconhecimento social.¹¹

Em continuidade, estar desempregado reflete na vida de um trabalhador como um todo e pode desencadear quadros de sofrimento mental característico, como baixa autoestima, estresse, ansiedade, estado de ânimo e humor reduzidos, sentimentos de

vergonha, humilhações e distúrbios do sono, fatores suscetíveis ao sofrimento mental.¹²

Esta pesquisa revelou que indivíduos solteiros e desempregados suspeitos de TMC não buscaram atenção nos serviços de saúde na mesma relevância do que os que estão aposentados. A aposentadoria é um momento que envolve várias situações críticas, interligadas entre si e que influenciam diretamente na qualidade de vida. Nesta perspectiva, a aposentadoria pode ser vislumbrada sobre dois prismas: uma positiva e outra negativa. A positiva é quando se encarada como a conclusão de uma etapa, uma fase de descanso, e a negativa, quando se refere à diminuição da renda familiar e ao sentimento de inutilidade.¹³

A forma como o indivíduo vai encarar a aposentadoria está relacionada às percepções individuais e história de vida, visto que o trabalho envolve também relações sociais. Quando a aposentadoria relaciona-se à forma negativa, passando por uma condição econômica inadequada, resulta em diminuição da qualidade de vida podendo comprometer a estrutura psíquica do sujeito, refletindo na prevalência de sintomas depressivos, sobretudo nas faixas etárias entre 50-59 e 60-70 anos de idade.¹³ Os transtornos de ansiedade também estão expressivos na população idosa, especialmente na faixa etária entre 60-70 anos de idade.³

A suspeita de pessoas com TMC, revelada nesta pesquisa, (63,53%) e que procuraram algum serviço de saúde nos últimos seis meses, são superiores quando comparados a outros dados disponíveis na literatura científica (32%),³ revelando que a população estudada tem-se interessado e procurado por serviços de saúde, seja na APS ou não.

Considerando a proposta do atual sistema público de saúde no país, a APS é a porta de entrada para os serviços de saúde de caráter estratégico, descentralizado e constituinte das redes de atenção à saúde.¹⁴ Neste sentido, esperava-se que os indivíduos estudados procurassem os serviços de saúde inseridos no nível primário de atenção. No entanto, notou-se que atenção secundária (Pronto Socorro) foi a mais buscada pela população estudada, seguida pela APS (Postos de saúde e Estratégias de Saúde da Família - ESF).

Com intuito de cumprir os três papéis fundamentais nas redes de atenção à saúde, identificadas como resolução, coordenação e a responsabilização, a APS precisa solucionar 85% dos problemas de saúde da população, orientando fluxos e contra fluxos, entre os membros das redes, além de capacitar os profissionais de saúde no acolhimento e

comunicação das redes de atenção à saúde, constituídas por unidade primária de atenção à saúde ou equipe de SF.¹⁵ Assim, a unidade de SF para ser resolutiva deve incluir em seus programas a atenção à saúde mental de sua área abrangente, assistindo o indivíduo em sofrimento mental referenciando e contrarreferenciando à rede de atenção à saúde, constituída por estratégias de SF, Centro de atenção psicossocial (CAPS), hospitais gerais, entre outros.¹⁶

Em teoria, a estratégia de SF faria um acompanhamento integral, devido à proximidade com a comunidade, com abordagens de questões mais complexas, inclusive as questões de saúde mental, uma vez que as práticas assistenciais aos transtornos mentais, sugestionadas em decorrência da mudança de paradigma por meio da reforma psiquiátrica, têm como principal objetivo a desinstitucionalização, redução de leitos manicomiais e a inserção de uma rede de atendimento nos serviços de saúde às pessoas com transtornos mentais.¹⁷

Neste íterim, o enfoque às pessoas com transtornos mentais menos graves ficou descoberto. O foco é mais bem delineado quanto à atenção aos pacientes com transtornos severos. Essa demanda de saúde mental evidencia as deficiências dos serviços com relação à insuficiência na formação da equipe, à carência de instrumentos e de apoio organizacional na resolução ou encaminhamento dos problemas identificados. Os profissionais envolvidos se apoiam nos aspectos biológicos dos problemas de saúde, pelo fato de terem maior capacidade de intervenção junto a estas dimensões.¹⁷

Esta realidade denota que as questões psicossociais não se encontram como prioridade nos serviços de APS, reforçadas pela queixa de falta estrutura física e de equipe preparada para atuar junto à demanda, além da desarticulação entre os serviços de saúde. Estes aspectos refletem negativamente na atenção integral à saúde e sobre a responsabilidade com relação à promoção da saúde e com a eficácia dos serviços de atenção à saúde no atendimento das necessidades de saúde da população.¹⁶

CONCLUSÃO

Na tentativa de descrever o itinerário terapêutico dos indivíduos com possibilidade de desenvolverem TMC, observou-se que estas pessoas buscam, sobretudo, os serviços de atenção secundária, denotando a desarticulação entre os serviços de saúde, no sentido de que não conseguem atender às demandas expressivas por atendimento à

saúde tão preconizada pela Reforma Sanitária e pelo Sistema de Saúde implantado há mais de vinte anos.

Associado a esta desarticulação, o motivo da procura pelo atendimento à saúde, foi em sua maioria vinculada a problemas cardiovasculares, ortopédicos, algias, ginecológicos, evidenciando que o atendimento na SF, com ênfase na atenção à saúde mental, acontece baseado em alterações relatadas de fundo biomédico, com indicações de medicamentos sintomáticos às queixas relatadas, reforçando que as origens de vários problemas apresentados por esta população podem relacionar-se ao âmbito das emoções, relações ou psíquicas.

Isto caracterizou atendimentos pontuais e emergenciais, com pouca possibilidade de continuidade na atenção às necessidades de saúde da comunidade. Também reforçou o distanciamento da APS que deveria, em termos gerais, ser a primeira escolha da população. A busca por atendimento aos problemas relacionados à saúde mental foi pouco expressiva e, em alguns casos, é o que determinou a busca pelo serviço específico na área, como o CAPS e não na APS.

Como limitação deste estudo, considera-se o desenho metodológico, uma vez que estudos seccionais representam um dado fenômeno em determinado momento, impossibilitando a inferência de causalidade entre o desfecho e as variáveis preditoras. Para melhor análise do objeto de estudo e pela sua complexidade, seria necessário a realização de estudos com abordagens metodológicas diversificadas. Contudo, os resultados desta pesquisa contribuem na identificação do itinerário percorrido por pessoas com TMC, o que possibilita a revisão das práticas de atenção à saúde localregional, com vistas a modificações na condução e atendimento ao indivíduo com sofrimento mental extensivo à família e à comunidade em que está inserido.

Acolhimento efetivo pela SF e construção de práticas necessárias para atenção em saúde mental na SF, com foco nas relações familiares, são necessários para atingir a imagem objeto que é o cuidado integral ao indivíduo em sofrimento mental.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pelo apoio financeiro na realização de pesquisas do Grupo de Pesquisa Gestão, Ensino e Cuidado em Saúde e Enfermagem (GENCSE).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. New Hope. Geneve; 2001.
2. Miranda FAN, Carvalho, RLF, Silva, MB, Sabino MGG. Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2009 Sept/Oct [cited 2013 Nov 25];62(5): 711-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/10.pdf>
3. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. BMC Psychiatry. [Internet]. 2013 June [cited 2013 Nov 25]; 163:13-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/163>
4. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalon JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes de Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2011[cited 2013 Nov 25];60(3):221-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/12.pdf>
5. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2013 Nov 25];24(9):2043-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/10.pdf>
6. Matta GC, Morosini, MVG. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.
7. Soares MH. A Inserção do Enfermeiro Psiquiátrico na Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental. Rev Nursing. 2010;12(140):46-50.
8. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade, ELG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Rev Ciencia & Saúde Coletiva [Internet]. 2011 Nov [cited 2013 Nov 25];16(11):4433-42. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>
9. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 Feb [cited 2013 Nov 25];24(2): 380-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>
10. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. The Lancet [Internet]. 2007 Sept [cited 2013 Nov 25];370(9590):859-77. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext)
11. Souza, RF, Matias, HÁ, Brêtas CP. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2010 Sept [cited 2013 Nov 25];15(6):2835-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a21v15n6.pdf>
12. Barros CA, Oliveira TL. Saúde Mental de Trabalhadores Desempregados. Rev Psi Org e Trab R. Eletr Psico [Internet]. 2009 Jan-June [cited 2013 Nov 25];9(1):86-101. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/11832/11072>
13. Alvarenga LN, Kiyan, L, Bitencourt B, Wanderley KS. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. Rev. Esc. Enferm USP [Internet]. 2009 Dec [cited 2013 Nov 25];43(4):796-802. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a09v43n4.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. As redes de atenção à saúde. Mendes EV. Org. Brasília(DF): 2011. 549 p.
16. Carreiro GSP, Wanderley, TC, Menezes PCM, Lucena KC. Assistência de enfermagem em saúde mental nas equipes de saúde da família e no centro de atenção psicossocial. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Feb [cited 2013 Nov 25];6(2):417-22. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/329> doi: 10.5205/reuol.329-11493-1-LE.0204200813
17. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Rev. Ciencia & Saúde Coletiva [Internet]. 2009 Mar/Apr [cited 2013 Nov 25];14(2):477-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>

Submissão: 06/12/2013

Aceito: 26/12/2013

Publicado: 01/06/2014

Correspondência

Ivânia Vera

Curso de Graduação em Enfermagem

Universidade Federal de Goiás

Av. Lamartine Pinto de Avelar, 1120 - Setor

Universitário

CEP: 75704-020 – Catalão (GO), Brasil