



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Caroline Secco

**Saúde mental e atenção primária à saúde: boas práticas de cuidado, saberes  
referenciais e desafios para a Saúde da Família**

**Florianópolis  
2024**

**Ana Caroline Secco**

**Saúde mental e atenção primária à saúde: boas práticas de cuidado, saberes referenciais e desafios para a Saúde da Família**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, SC), para obtenção do grau de **Doutor em Saúde Coletiva**.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Charles Dalcanale Tesser

**Florianópolis**

**2024**

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.  
Dados inseridos pelo próprio autor.

Secco, Ana Caroline

Saúde mental e atenção primária à saúde : boas práticas de cuidado, saberes referenciais e desafios para a Saúde da Família / Ana Caroline Secco ; orientador, Charles Dalcanale Tesser, 2024.  
286 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Psicofármacos. 5. Boas Práticas de Cuidado. I. Tesser, Charles Dalcanale. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Ana Caroline Secco

**Saúde mental e atenção primária à saúde: boas práticas de cuidado, saberes referenciais e desafios para a Saúde da Família**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 10 de abril de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Dr.  
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Leandro David Wenceslau, Dr.  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Felipe Monte Cardoso, Dr.  
Universidade Estadual de Campinas

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof. Charles Dalcanale Tesser, Dr.  
Orientador

Florianópolis, 2024.

## AGRADECIMENTOS

*A todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse concluir mais essa etapa do meu processo formativo, deixo aqui expressa minha gratidão e carinho.*

*Agradeço especialmente:*

*Às Políticas Públicas de Educação por alicerçarem minha caminhada acadêmica até a pós-graduação, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por subsidiá-la, em uma universidade pública e de qualidade, reconhecida nacional e internacionalmente.*

*Aos participantes dos Grupos Focais, por compartilharem seus anseios, reflexões e proposições, fomentando assim, a articulação entre teoria e prática e a construção de novos fazeres e saberes no campo da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, na busca por transpor o cuidado ideal para o campo do real.*

*Ao meu orientador Charles Dalcanale Tesser, que com brilhantismo acadêmico, incentivou a busca pelo rigor teórico, metodológico e científico na condução e construção da presente tese, contribuindo sobremaneira em meu aperfeiçoamento técnico enquanto pesquisadora.*

*Aos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), por possibilitarem espaços de discussão, debate e compartilhamento de ideias, fomentando o pensamento crítico em tempos de retrocessos.*

*Aos participantes (docentes e discentes) das bancas de análise e qualificação do projeto, obrigada por se debruçarem sobre o mesmo trazendo contribuições e reflexões pertinentes ao tema, auxiliando assim na qualificação do trabalho.*

*Aos meus colegas da Representação Discente, obrigada por compartilharem esse espaço simbólico comigo. Obrigada por renovarem em mim a esperança na potência das lutas coletivas.*

*Aos meus colegas do PPGSC: Larissa Weber, Rafaela Souza, Joyce Ribeiro Rothstein, Marina Jacobs, Marina Bastos Paim, Bruna Lima Selau, Fernanda Cornelius Lange e Erika Yuriko, por trilharem comigo essa travessia e serem companheiros nos passos que me trouxeram até aqui.*

*Aos meus amigos e colegas de trabalho, que durante todo esse processo foram acolhida, continência e presença. Agradeço pela amizade sincera, pela torcida, apoio e por tornaram meus dias mais leves.*

*À professora Dorian Mônica Arpini, que desde o mestrado segue sendo afetiva, sensível e generosa. Agradeço imensamente pela confiança, pelas trocas, por todo o aprendizado, e principalmente por acreditar em mim. Obrigada por ser um exemplo e fonte de inspiração, por fazer a diferença e impactar de maneira substancial e significativa minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica.*

*Aos meus pais e irmã, por me lembrarem dos motivos para seguir caminhando até o fim desta jornada. E em especial à família Pierdoná, que me escolheu e foi escolhida por mim, por todo carinho, afeto e incentivo. Obrigada por serem paz e refúgio nos momentos de turbulência e por vibrarem comigo a cada conquista.*

*Ao meu companheiro Christopher Phillip Freyburg, pelo suporte tecnológico/técnico, emocional e afetivo. Obrigada por compartilhar “os dias de luta” acreditando na chegada breve dos “dias de glória”. Obrigada por postergar junto comigo planos e projetos, e por não cansar de ouvir a frase: “depois da tese a gente vai”... Obrigada por ser motivação, continência, abrigo e porto seguro durante todo o processo. Tua determinação, disciplina e constância são inspirações para mim.*

*Agradeço assim, à todas transformações e ressignificações possibilitadas a partir das trocas e encontros ocorridos durante o doutorado, as quais deixaram marcas profundas em mim.*

## RESUMO

A prevalência de problemas de saúde mental (PSM) na Atenção Primária à Saúde (APS) é muito alta, constituindo um importante problema de saúde pública. Contudo, ainda há dificuldade no seu manejo pelas equipes de saúde, que muitas vezes reproduzem uma lógica centrada na terapêutica medicamentosa em detrimento de intervenções não farmacológicas, centrais na abordagem psicossocial e base do conceito de boas práticas (BP) de cuidado em saúde mental (SM) adotado neste trabalho, incluindo evitar a medicalização de sintomas. Dedicada ao tema do cuidado em SM na APS, esta tese objetivou analisar as potências, dificuldades e características da construção de BP de cuidado em SM nesse cenário. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com triangulação de métodos. Inicialmente, realizou-se um ensaio a partir da síntese do livro de Robert Whitaker “Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental”, atualizando que corroboram a tese de que os psicofármacos devem ser evitados a fim de evitar iatrogenias clínicas e piores resultados a longo prazo e ressaltam a importância da adoção de um ecletismo terapêutico, com uso de estratégias terapêuticas não farmacológicas como primeira escolha para tratamento de PSM na APS. Realizou-se uma análise documental das últimas edições dos principais livros e manuais orientadores da prática clínica de cuidado em SM na APS brasileira, à luz de uma categorização analítica bipolarizada entre orientações convergentes com BP de cuidado e com a abordagem psiquiátrica. Tal análise mostrou que as diretrizes têm maior afinidade com a abordagem psiquiátrica, com orientações psicofarmacoterapêuticas quando escritas por psiquiatras, e valorizando mais contextos psicossociais e abordagens não farmacológicas quando escritas por médicos de família e comunidade. Por fim, visando compreender as concepções e práticas dos profissionais, foram realizados grupos focais (GF) com profissionais da APS de Florianópolis, cuja análise revelou desafios para a implementação de BP, desde macrossociais até microssociais (clínicos), perpassando os determinantes sociais da SM, a medicalização da vida, o processo formativo dos profissionais, o trabalho e articulação em rede, a gestão de pessoas e processos, problemas de acesso e dificuldades pessoais e profissionais ao lidar com SM. Os profissionais também identificam potencialidades e modos alternativos de cuidado facilitadores das BP: o diálogo aberto, *recovery*, práticas grupais, intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas, práticas integrativas e complementares, acompanhamento terapêutico, redução de danos e a própria criatividade. Concluiu-se que o uso dos psicofármacos para o tratamento dos PSM na APS deve ser evitado e tratado

como última e temporária escolha, após o uso de recursos não farmacológicos. BP de cuidado, transversais, interdisciplinares e intersetoriais, com ênfase no território, empoderamento comunitário e na retomada de autonomia e protagonismo dos usuários devem ser desenvolvidas na APS, convergindo com os princípios da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial.

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde Mental; Psicotrópicos; Guia de Prática Clínica; Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The prevalence of mental health problems (MHP) in Primary Health Care (PHC) is very high, constituting a significant public health issue. However, there are still difficulties in managing them by health teams, which often reproduce a logic focused on drug therapy at the expense of non-pharmacological interventions, central to the psychosocial approach and foundational to the concept of good practices (GP) in mental health care (MHC) adopted in this work, including avoiding the medicalization of symptoms. Dedicated to the theme of MHC in PHC, this thesis goal is to analyze the strengths, difficulties, and characteristics of building GP in MHC in this scenario. A qualitative study with methodological triangulation was conducted. Initially, an essay was conducted based on the synthesis of Robert Whitaker's book 'Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness,' updating and corroborating the thesis that psychotropic drugs should be avoided to prevent clinical iatrogenesis and worse long-term outcomes, emphasizing the importance of adopting therapeutic eclecticism with non-pharmacological therapeutic strategies as the first choice for treating MHP in PHC. A documentary analysis of the latest editions of the main books and clinical practice guidelines for MHC in Brazilian PHC was also conducted, based on a bipolar analytical categorization between guidelines converging with GP and those with a psychiatric approach. This analysis showed that the guidelines are more aligned with the psychiatric approach, with psychopharmacotherapeutic guidelines when written by psychiatrists, and a greater emphasis on psychosocial contexts and non-pharmacological approaches when written by family and community doctors. Finally, to understand the conceptions and practices of professionals, focus groups (FGs) were conducted with PHC professionals in Florianópolis, whose analysis revealed challenges in implementing GP, ranging from macrosocial to microsocial (clinical) issues, including social determinants of MHC, medicalization of life, professional training process, work and network articulation, management of people and processes, access issues, and personal and professional difficulties in dealing with MHC. Professionals also identified potentialities and alternative care modes that facilitate GP: open dialogue, recovery practices, group interventions, brief interventions based on psychological techniques, integrative and complementary practices, therapeutic monitoring, harm reduction, and creativity itself. It was concluded that the use of psychotropic drugs for treating MHP in PHC should be avoided and treated as a last resort and temporary choice, following the use of non-pharmacological resources. GP in care, transversal, interdisciplinary, and intersectoral,

with an emphasis on the territory, community empowerment, and the resumption of autonomy and user empowerment, should be developed in PHC, aligning with the principles of psychiatric reform and anti-asylum movement.

**Keywords:** Mental Health Assistance; Psychotropic Drugs; Practice Guideline; Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Matriz conceitual analítica: Abordagem psiquiátrica x Abordagem psicossocial .....	96
Quadro 2: Caracterização dos profissionais .....	103
Quadro 3: Análise dos Grupos Focais.....	161

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Força de trabalho em SM.....	55
Figura 2: Protocolo de classificação de risco em SM.....	179

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Acesso Avançado

AB - Atenção Básica

APA - Associação Americana de Psiquiatria

APS - Atenção Primária à Saúde

AT - Acompanhante terapêutico

BP - Boas práticas

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DA - Diálogo aberto

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECT - Eletroconvulsoterapia

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GF – Grupos Focais

IPQ - Instituto de Psiquiatria

ISRSs - Inibidores seletivos da recaptção de serotonina

LMICs - Países de baixa e média renda

MAC - Medicinas Alternativas e Complementares

MS - Ministério da Saúde

MTCI - Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NICE - Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica

NHS - Sistema Nacional de Saúde Britânico

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PICs - Práticas Integrativas e Complementares

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PSM - Problemas de Saúde Mental

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SM - Saúde Mental

SUS - Sistema Único de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

RP - Reforma Psiquiátrica

TC - Terapia Comunitária

TCC - Terapia cognitivo-comportamental

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRP - Terapia de Resolução de Problemas

TMC - Transtornos Mentais Comuns

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

WHO - Organização Mundial da Saúde

WONCA - Organização mundial dos médicos de Família

## SUMÁRIO

---

Apresentação.....	18
<b>1. Introdução .....</b>	<b>20</b>
<b>2. Objetivo .....</b>	<b>39</b>
2.1 Objetivo Geral.....	39
2.2 Objetivos Específicos.....	39
<b>3. Referencial teórico .....</b>	<b>40</b>
3.1 Medicalização social ou da vida .....	40
3.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	44
3.3 A importância da APS na Rede de Atenção Psicossocial.....	49
3.4 Força de trabalho em SM e sua importância para o cuidado .....	54
3.5 Boas práticas de cuidado em saúde mental na APS .....	60
3.5.1 Intervenções baseadas em técnicas psicológicas .....	61
3.5.2 Intervenções Sociais .....	64
3.5.3 Práticas Integrativas e Complementares.....	68
3.5.4 Compartilhamento de tarefas .....	74
3.5.5 Cuidado compartilhado x cuidado colaborativo.....	77
3.5.6 Intervenções não farmacológicas em casos graves de saúde mental.....	80
3.6 Desafios para a implementação de BP de cuidado em SM na APS .....	87
<b>4. Aspectos metodológicos .....</b>	<b>89</b>
4.1. Ensaio.....	91
4.2. Análise documental .....	91
Seleção dos documentos.....	92
Análise dos dados .....	96
4.3 Grupos focais .....	97
4.3.1 Campo de Pesquisa.....	100
4.3.2 Participantes.....	100
4.3.3 Procedimentos.....	104
4.3.4 Análise dos dados.....	106
4.4 Aspectos éticos.....	107
<b>5. Resultados e discussão .....</b>	<b>109</b>
Capítulo 1: Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde .....	109

Capítulo 2: Análise das orientações clínicas para ao cuidado em saúde mental .....	126
na atenção primária à saúde brasileira .....	126
Capítulo 3: Análise dos Grupos Focais .....	161
Principais desafios enfrentados para implementação de boas práticas de cuidado em SM na APS .....	161
Potencialidades e boas práticas de cuidado em SM na APS.....	198
<b>6. Considerações finais .....</b>	<b>233</b>
<b>7. Referências .....</b>	<b>240</b>
<b>8. Apêndice.....</b>	<b>285</b>

*“Constança não sabia dizer, mas o que ela queria não era um remédio: era uma pausa na existência”.*

Mia couto

## Apresentação

---

Sou psicóloga, e durante minha formação participei de vários eventos, projetos e programas com ênfase na saúde coletiva e psicologia comunitária. Sou uma militante e defensora do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Após concluir minha graduação realizei uma especialização lato sensu em Cardiologia, fazendo assim, uma residência multiprofissional nessa especialidade. Durante a residência trabalhei em dois campos de atuação: no hospitalar e na atenção primária à saúde (APS). A partir das minhas experiências na APS, decidi continuar pesquisando na área e realizei meu mestrado acadêmico em Psicologia, com ênfase em Psicologia da Saúde, trabalhando com grupos de promoção de saúde como dispositivos de cuidado na APS. Durante meu mestrado, fui ainda co-tutora de núcleo (Psicologia) da residência multiprofissional da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família da universidade federal de Santa Maria, uma experiência que me aproximou muito da área, e dos desafios do cuidado em saúde mental (SM) na APS.

Desde o mestrado eu tinha um desejo muito grande de dar continuidade ao meu processo formativo na área da Saúde Coletiva, pois queria uma formação mais ampliada no campo da saúde, queria muito ser sanitarista e poder transformar de alguma forma a realidade. Ingressei na saúde coletiva com um projeto acerca da importância da formação dos residentes multiprofissionais em saúde, pois essa foi uma problemática que vivenciei tanto enquanto residente, quanto enquanto co-tutora, e esperava poder contribuir de algum modo na qualificação desse processo. Contudo, a partir de conversas com o meu orientador, leitura do livro Anatomia de uma epidemia do Robert Whitaker, aproximação pregressa com a temática da SM e posteriormente, em algumas disciplinas cursadas, com o processo de medicalização social e seus desdobramentos, resolvi pesquisar sobre esse tema, com foco na APS.

Além disso, durante minha experiência enquanto residente em estratégia de saúde da família, pude vivenciar a medicalização crescente dos pacientes, que em grande parte dos casos apresentavam sintomas psíquicos leves e estavam passando por momentos situacionais delicados em suas vidas. Esses pacientes, mais do que apenas um remédio, necessitavam de acolhimento e escuta, pois estavam sofrendo em decorrência de questões sociais como desemprego, instabilidade econômica e política, perda de direitos, ou por problemas pessoais como questões familiares, de relacionamento, divórcio, luto etc, todos

esses problemas e situações passíveis de serem vivenciadas por qualquer pessoa em algum momento de sua vida.

Além disso, pesquisando e discutindo sobre o tema, percebi que apesar da medicalização do sofrimento psíquico ser discutida teórica e academicamente há tempo considerável, ainda muito pouco se fala em termos práticos sobre como superar a abordagem biomédica presente na formação dos profissionais de saúde e dominantes nos serviços da APS. Nesses serviços se repercute, ainda, ideias como o mito do desequilíbrio neuroquímico para justificar uma terapêutica medicamentosa dos problemas de SM. Nesse sentido, esse trabalho se dedicou a discutir cientificamente a hipótese de que a terapêutica medicamentosa deve ser evitada nos casos leves e moderados de sofrimento psíquico e que outras formas e propostas de cuidado devem ser oferecidas pelos profissionais da APS, a partir de um olhar ampliado e multideterminado da SM. Assim, investiguei como as principais normativas técnicas brasileiras apresentam as possibilidades terapêuticas de cuidado em SM na APS, quais as dificuldades encontradas pelos profissionais para oferecer o que pode ser considerado boas práticas de cuidado em SM nesse nível de atenção e como superá-las, além de apresentar um panorama geral do que a literatura tem apresentado como possibilidades não medicamentosas e não medicalizantes de cuidado em SM.

Para isso, a presente tese foi estruturada em introdução, em que são abordados diversos aspectos relacionados ao uso e prescrição de psicofármacos e suas repercussões associadas, apresentando ao final o conceito aqui usado de boas práticas de SM na APS. Na sequência apresentam-se os objetivos da tese, seguidos pelo referencial teórico, subdividido em seis sessões: medicalização social ou da vida; reforma psiquiátrica brasileira; a importância da APS na rede de atenção psicossocial (RAPS); a força de trabalho em saúde mental; boas práticas de cuidado em SM na APS e desafios para a implementação de boas práticas de cuidado em SM na APS. Após apresentação do referencial, apresentam-se ainda os aspectos metodológicos da tese e os resultados. Os resultados foram apresentados no formato de dois artigos científicos, oriundos da parte teórica da tese, acompanhados pela apresentação por extenso dos resultados da parte empírica oriunda dos GF realizados. Essa parte dos resultados foi subdividida em dois grandes blocos: o primeiro relacionado aos desafios enfrentados para a realização de BP em SM na APS, e o segundo correspondente às potencialidades e BP de cuidado em SM na APS. Por fim, apresenta-se a conclusão, com os principais achados da tese.

## 1. Introdução

---

Da mesma forma que a saúde é mais que apenas ausência de doença, a saúde mental (SM) é mais do que a ausência de transtornos mentais. Ela pode ser conceituada como um estado mental onde o indivíduo é capaz de exercer papel ativo e produtivo, dentro do espaço de suas capacidades, frente a gama de situações cotidianas, tanto no âmbito privado como no social (WHO, 2007). Este conceito de SM é consistente com a sua interpretação ampla e variada através das culturas, e é determinado por múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, sociais, culturais ambientais, econômicos entre outros, assim como a saúde e a doença em geral.

Ainda que existam pluralidades no entendimento do conceito de SM, os problemas de saúde mental (PSM) ocorrem em todas as regiões e culturas do mundo sendo os mais prevalentes depressão e ansiedade, estimados em afetar quase uma em cada 10 pessoas no planeta (676 milhões) (WHO, 2016).

Richter e Dixon (2023), buscando identificar a partir de revisão quase-sistemática os modelos teóricos de entendimento dos PSM, identificaram cerca de 34 modelos diferentes que foram agrupados em cinco categorias mais amplas: abordagens biológicas; psicológicas; sociais; de consumo e culturais. Para os autores, podem existir intersecções entre as propostas, apontando para a diversidade e complexidade de modelos e abordagens na compreensão dos PSM, caracterizados assim em termos teóricos por um pluralismo epistêmico e em termos clínicos por uma policontextualidade<sup>1</sup>. Desse modo, ao longo da presente tese utilizaremos o termo PSM com o objetivo explícito de fazer referência ao fenômeno reconhecido em muitas pesquisas de que grande parte da demanda em SM atendida nos serviços clínicos de atenção primária à saúde é comumente classificada de diversas maneiras pelos profissionais de saúde e estudos, como por exemplo sofrimento psíquico, transtornos, queixas ou sintomas mentais/psicológicos, sendo designada, conforme Silva, Santos e Tesser (2022b, p. 2) como uma grande “diversidade de demandas, queixas e sintomas isolados, associados entre si ou com queixas corporais que aparecem na APS, geralmente descritos em linguagem psiquiátrica

---

<sup>1</sup> É uma abordagem recente da sociologia da saúde, que considera que diversos “contextos e sistemas de valores precisam ser considerados simultaneamente, especialmente em ambientes de cuidados de saúde” (Richter; Dixon, 2023, p. 404).

ou psicológica”. Como não visamos desenvolver uma discussão ou conceituação sobre saúde mental, nem sobre a natureza dos PSM, optamos por manter a designação genérica PSM de modo a não aderir a nenhuma concepção ou teoria sobre sua natureza acompanhando, por exemplo, Pulhiez e Norman (2021), o que não nos impede, entretanto, de tematizarmos abordagens distintas para o manejo desses problemas. Nesse mesmo sentido, oferecemos nos próximos parágrafos vários dados e informações sobre prevalência dos PSM na APS, que são apresentados nos termos em que as pesquisas que os produziram utilizam. Esclarecemos desde já, e isso ficará claro ao longo do trabalho, que embora não atribuamos grande valor às classificações mais usadas na área da saúde (CID-10; DSM-5) ou às concepções subjacentes, os dados epidemiológicos existentes se referem a elas e nos são úteis apenas na medida em que indicam objetivamente a grande e crescente prevalência e relevância dos PSM na APS.

Desse modo, apesar dos PSM, representarem uma proporção significativa da carga global de doença<sup>2</sup> sendo responsáveis por cerca de 13% desta, eles também podem apresentar variações quanto à etiologia, prevalência e terapêuticas utilizadas, sendo que menos de 1% dos gastos totais em saúde são investidos em SM (WHO, 2002, 2008; WHO; WONCA, 2009a). Em relação à invalidez, quando se considera apenas esse componente no cálculo de carga de doença, as perturbações mentais são responsáveis por 37% de todos os anos perdidos com invalidez (Wang *et al.*, 2007), sendo que no Brasil, problemas graves de SM representam 21,5% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade. Além disso, os PSM também estão associados ao mau prognóstico de comorbidades e impactos na produtividade econômica e nos custos de assistência à saúde (Eaton *et al.*, 2008; Gonçalves *et al.*, 2014; Prince *et al.*, 2007; Schramm *et al.*, 2004; WHO; WONCA, 2009a).

Sobre esse aspecto, analisando dados do Reino Unido de 1995 a 2014 observou-se que os PSM foram a causa mais comum de recebimento de benefício por doença e invalidez, com aumento de 103% no número de requerentes, contrastando com a diminuição de 35 % das solicitações relacionadas a outras condições de saúde no período avaliado. No ano de 2014, 47% das solicitações foram atribuídas a algum transtorno mental, e dois terços dos requerentes de transtorno mental foram classificados como tendo um transtorno depressivo ou de ansiedade. Dessa forma, os autores do estudo consideram que os transtornos mentais comuns (TMCs) podem envolver maior morbidade e custos

---

<sup>2</sup> Definida como morte prematura combinada com anos vividos com invalidez (WHO; WONCA, 2009b).

sociais do que se imagina, gerando sobrecarga nos sistemas previdenciário e saúde (Viola; Moncrieff, 2016).

Em todo o mundo, só em 2010, estima-se que as perdas atribuídas a distúrbios mentais, neurológicos e uso de substâncias tenham chegado a cerca de US \$ 2,5 a 8,5 bilhões de dólares. Espera-se no entanto, que essa soma quase dobre até 2030, indicando o enorme desafio econômico que esses distúrbios representam para as comunidades e a sociedade em geral (Bloom *et al.*, 2011; Chisholm *et al.*, 2016). Especialmente em países de baixa e média renda esse desafio é ainda maior, pois de acordo com dados da pesquisa Atlas da Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2014a) a maioria desses países gasta menos de US \$ 2 por ano por pessoa no tratamento e prevenção de transtornos mentais, em comparação com uma média de mais de US \$ 50 em países de alta renda. Como resultado desse investimento limitado em saúde mental pública, existe uma lacuna substancial entre a necessidade de tratamento e sua disponibilidade, o que afeta não apenas a saúde e o bem-estar das pessoas com PSM e de suas famílias, mas também tem consequências importantes para os empregadores e governos (Borges *et al.*, 2019; Chisholm *et al.*, 2016; Kazdin, 2017).

No Brasil, cerca de 3% da população necessita de cuidados contínuos em SM (portadores de transtornos mentais graves e persistentes); 10% a 15% precisam de atendimento eventual (portadores de transtornos leves e moderados ou comuns); 80% apresentam algum sofrimento psíquico, com tendência à remissão espontânea; 6% a 8% da população usam de forma prejudicial álcool e/ou outras drogas (Brasil, 2003b).

Dentro do contexto da APS, estudos epidemiológicos indicam prevalências próximas de 50% para TMCs como a ansiedade e depressão, em diversos países, incluindo o Brasil (Gonçalves *et al.*, 2014). Contudo, países de baixa e média renda, tendem a apresentar maiores índices, com proporções de prevalência consideravelmente altas. Mesmo nos países europeus, há uma alta prevalência de morbidade psiquiátrica, sendo que na Dinamarca 49,7% dos pacientes acompanhados na APS apresentam diagnósticos CID-10-CP relacionados a transtornos mentais (Toft *et al.*, 2005), e na Espanha 53,6% dos pacientes destes apresentaram um ou mais distúrbios psiquiátricos (Roca *et al.*, 2009).

Os chamados transtornos mentais comuns costumam estar relacionados com quadros subclínicos ou leves de ansiedade e depressão e podem ser caracterizados como um conjunto de sintomas não psicóticos como esquecimento, dificuldade de

concentração, irritabilidade, insônia, queixas somáticas inespecíficas entre outros. Costumam apresentar critérios menos rígidos em comparação com outros quadros mais definidos pelos sistemas classificatórios e diagnósticos vigentes, porém não há consenso entre os estudos nacionais e internacionais quanto à sintomatologia e diagnósticos elencados, dificultando comparações entre os estudos. Apesar dessa variação, especialmente no âmbito internacional, os TMCs estão relacionados a diagnósticos, sinais ou sintomas específicos de depressão e ansiedade. No Brasil, estimativas apontam que a prevalência de TMCs na população geral é de cerca de 30% podendo chegar a mais de 50% em usuários da APS. Nesse sentido, é importante considerar que os TMCs para além de diagnósticos categóricos, também podem se constituir em fatores de risco para o desenvolvimento de outros quadros psíquicos mais graves, e por isso sua relevância é grande, especialmente no contexto dos cuidados primários (Fortes *et al.*, 2011; Goldberg; Huxley, 1992; Gonçalves *et al.*, 2014; Gonçalves; Stein; Kapczinski, 2008; Larvin; Peckham; Prady, 2019; Morais; Segri, 2011; Murcho; Pacheco; Jesus, 2016; Rocha *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2017).

Entretanto, tendo em vista a pequena quantidade de estudos de estimativas de prevalência dos TMCs na APS do país, e a variedade de critérios utilizados nos estudos, não há consenso com relação a esses dados (Gonçalves *et al.*, 2014). Os estudos realizados sobre a prevalência de transtornos mentais na APS brasileira apontaram para uma prevalência que varia de uma média de 17,77% no estudo de Morais e Segri (Morais; Segri, 2011) realizado em municípios da Baixada Santista, SP; 19,48% em Caucaia, Ceará (Tavares; Souza; Pontes, 2013); 23,2% em Montes Claros, MG (Souza *et al.*, 2017); 38% em Santa Cruz, Rio Grande do Sul (Gonçalves; Kapczinski, 2008); 56% em Petrópolis, RJ (Fortes *et al.*, 2011); 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3%, em São Paulo, 57,7% em Porto Alegre até 64,3% em Fortaleza (Gonçalves *et al.*, 2014).

Sundquist *et al.* (2017) em seu estudo buscando identificar a prevalência de TMCs na APS da Suécia, encontrou que entre os diagnósticos de transtornos mentais identificados, uma porcentagem expressiva estava sendo tratada somente na APS, variando de 45-50% para transtornos de personalidade, abuso de álcool e déficit de atenção e hiperatividade, chegando até 80% para depressão, ansiedade, transtorno de ajustamento e abuso de drogas. Esses resultados evidenciam mais uma vez o papel fundamental da APS em atender as demandas de SM.

Da mesma forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) (WHO; WONCA, 2009a) em seu relatório: *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: Uma perspectiva global*, reafirmam a importância urgente e as vantagens de integrar a saúde mental aos cuidados primários em saúde realizados na APS, destacando sete razões para tal: (1) a elevada carga de doença das perturbações mentais; (2) a interligação entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme déficit do tratamento para perturbações mentais, além do fato que os cuidados primários para saúde mental melhoram o acesso (4); promovem o respeito pelos Direitos Humanos (5); são baratos e têm uma boa relação custo-benefício (6), e geram bons resultados de saúde (7).

Contudo, apesar dos esforços em efetivar essa integração e realizar o melhor atendimento desses usuários, os profissionais da APS nem sempre se sentem capazes de lidar com essas demandas de SM (Pereira; Andrade, 2018). Ainda há certa dificuldade no manejo dessas manifestações de sofrimento, com ações que perpetuam a lógica centrada no cuidado médico especializado e na terapêutica medicamentosa (abordagem psiquiátrica), o que vem favorecendo a prescrição abusiva de psicotrópicos<sup>3</sup>, exames e encaminhamentos sem necessidade (Ballester; Andreoli, 2005; Gryscek; Pinto, 2015; Moura et al., 2016).

No cuidado clínico realizado na APS brasileira, como também em outros países, sobretudo nos PSM, há grande influência e hegemonia do trabalho dos profissionais médicos, os quais por sua vez são profundamente influenciados pela abordagem psiquiátrica desses problemas. Nesse sentido, especificamente no contexto brasileiro, e

---

<sup>3</sup> Os psicotrópicos “são um recurso entre outros para o tratamento em Saúde mental”. “São medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central e que podem ser utilizados quando aspectos relacionados a dimensões do comportamento, do pensamento, do sono, da vontade, de várias dimensões da vida de uma pessoa (...) são trazidos como principal problema durante o contato com o usuário” (Brasil, Ministério da Saúde, 2013, p. 155).

Os psicotrópicos podem ser divididos em quatro categorias principais: neurolépticos, benzodiazepínicos, antidepressivos e estabilizadores de humor. Os antipsicóticos ou neurolépticos são utilizados no tratamento de doenças psiquiátricas, como as psicoses e esquizofrenia, agindo sobre os sintomas psicóticos (delírios e alucinações) primários ou secundários ao uso de substâncias, sobre alguns sintomas das demências, sobre a agressividade e agitação psicomotora, além de poder potencializar os efeitos de antidepressivos e ansiolíticos. Os benzodiazepínicos, são utilizados para a farmacoterapia de distúrbios de ansiedade e por seu efeito sedativo e relaxante podem ser usados para distúrbios do sono. Os antidepressivos, são usados para o tratamento de uma série de condições, sendo os principais sintomas-alvo: sintomas depressivos, sintomas de pânico, sintomas obsessivos compulsivos, sintomas crônicos de ansiedade, sintomas de fobia social, e mais uma série de outras condições clínicas. Já os estabilizadores de humor, são uma classe de psicotrópicos que agrupa algumas medicações que parecem ser capazes de evitar os ciclos de elevações e depressões patológicas do humor, características nos transtornos bipolares e atuar em situações de dificuldade de controle dos impulsos, agressividade e abstinência (Brasil, Ministério da Saúde, 2013; Mancini; Valiengo, 2019).

do ponto de vista de sua aplicação neste trabalho, podemos considerar que o termo SM está relacionado ao processo de entender a saúde ou adoecimento/sofrimento mental a partir de uma categorização não dicotômica bipolar, em que há um eixo no qual transitam ou podem ser localizadas as abordagens e cuidados profissionais aos PSM: em um extremo está a abordagem biomédica/psiquiátrica, em que predominam a abordagem, os saberes e intervenções desenvolvidas pela psiquiatria, especialidade médica dedicada especificamente ao tema da SM ou das doenças mentais, associados a uma forma de cuidado tutelar e controladora de sintomas e comportamentos, altamente influenciada pela história do tratamento manicomial da loucura. Nas últimas décadas, essa abordagem notabilizou-se pelo desenvolvimento e uso massivo dos fármacos psicotrópicos. No outro polo desse eixo bipolar, está a abordagem da reforma psiquiátrica perpassado por diversos saberes e disciplinas de forma transversal, com variadas intervenções (Alcântara; Vieira; Alves, 2022). A reforma psiquiátrica brasileira, em lento processo de expansão interrompido por retrocessos importantes nos anos recentes (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020), visa abandonar as características da abordagem manicomial/tutelar/psiquiátrica, ressignificando os PSM, desestigmatizando as pessoas com PSM, respeitando sua autonomia e rejeitando as formas excludentes e puramente controladoras de sintomas e comportamentos dos tratamento dos PSM, com prioridade para formas de cuidado realizadas no contexto comunitário que incrementam a autonomia, a socialização e o empoderamento das pessoas (estas abordagens serão tratadas no capítulo 3.2 e 3.5).

Desse modo, considerando o aumento das possibilidades diagnósticas no campo da SM, o aumento significativo de prescrições e o desenvolvimento crescente de novas categorias e gerações de psicotrópicos, com menos efeitos colaterais e adversos (Rodrigues; Facchini; Lima, 2006), tem-se registrado crescimento da utilização desses medicamentos nos últimos anos, na maioria dos países. Esse crescimento, no entanto, vem acompanhado de impactos sociais em diferentes esferas, abrangendo tanto aspectos econômicos, quanto de saúde pública (Guerra *et al.*, 2013; Moura *et al.*, 2016; Rodrigues; Facchini; Lima, 2006).

Apesar de certa fragilidade no sistema de dados referentes à dispensação de psicotrópicos, especialmente após a publicação (em 2021) da Resolução RDC nº 586 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que suspendeu por tempo indeterminado o prazo para que farmácias e drogarias enviassem informações sobre a movimentação do estoque desses medicamentos (ANVISA, 2021), e da escassez de estudos

farmacoepidemiológicos referentes a este grupo de medicamentos no contexto nacional, pode-se observar que o país vem aumentando seu uso na última década (Brasil, 2019c; Santos; Zambenedetti, 2019; Valério; Becker, 2014), se configurando como um dos maiores consumidores de psicotrópicos do mundo. É o terceiro maior consumidor de medicamentos ansiolíticos e benzodiazepínicos, atrás apenas dos EUA e da Índia, além de ser o sexto maior produtor dessas substâncias. O Brasil é ainda o maior consumidor mundial de clonazepan, midazolam e diazepam, o segundo consumidor mundial de fenobarbital e o terceiro de nitrazepam e alprazolam (Brasil, 2019c; Nations United, 2018). Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2017d), houve de 2012 a 2016, um aumento de 61% no mercado total de antidepressivos, com aumento de 52% no faturamento destes no período de análise, passando de 3,722 bilhões em 2012 para 4,503 bilhões em 2016. Durante o 1º semestre de 2021, os antidepressivos estavam na primeira posição dos medicamentos mais vendidos, o que representava, um aumento de 14,1% em comparação com esse mesmo período no ano anterior (Guia da Farmácia, 2021). No ano seguinte, permaneceram em primeiro lugar pelo mesmo levantamento, apresentando um crescimento de 11,6% em comparação com 2021. Já os ansiolíticos apareceram em segundo lugar, com um crescimento de 6,5% se comparado ao mesmo período de 2021 (Guia da Farmácia, 2022).

Dessa forma, de acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019, a depressão, que aparece no item autoavaliação do estado de saúde e morbidade, foi a terceira morbidade autorreferida mais citada pelos entrevistados, mencionada por 15,3% deles. Com porcentagem semelhante, a diabetes foi referida por 15,9%, e a hipertensão apareceu na frente disparada, com 39,2% de autorreferência (IBGE, 2020b). Além disso, 10,2% dos brasileiros de 18 anos ou mais receberam diagnóstico de depressão, representando 16,3 milhões de pessoas. Destes 48% utilizavam medicamentos, 18,9% faziam psicoterapia e 29,7% do total de pessoas que receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista (52,8%) foram atendidos em unidades básicas de saúde (IBGE, 2020a), corroborando com a literatura no que tange ao crescimento do uso de psicofármacos em detrimento de outras formas de abordagem do sofrimento psíquico, com menos efeitos adversos e custos mais baixos, tais como a psicoterapia e a prática de atividade física, especialmente no contexto de cuidados primários em saúde (Prado; Francisco; Barros, 2017; Silveira *et al.*, 2016; Unützer *et al.*, 2003).

Já a pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum) (Brasil, 2016a) avaliando a prevalência de depressão e utilização de medicamentos para o seu tratamento, identificou que a depressão autorreferida de 6,1% foi maior que a verificada pela Pnad em 2003 (3,96%) e em 2008 (4,13%), com o mesmo padrão de distribuição por sexo (prevalência maior em mulheres) e idade (aumento da prevalência com o aumento da idade). Além disso, aponta que, para as mulheres com diagnóstico de depressão, a indicação médica de terapia medicamentosa chegou a 81,7%, maior que em homens, com indicação de 79,9%. Em relação à indicação de terapia medicamentosa, 90,7% das mulheres e 88,5% dos homens estavam em uso dos medicamentos prescritos, o que demonstra que os usuários parecem seguir as orientações médicas na grande maioria das vezes aderindo ao tratamento indicado. A pesquisa aponta também que os fármacos mais utilizados pelas pessoas com depressão foram a fluoxetina (19,2%), clonazepam (18,2%) e amitriptilina (12,9%), bem como outros medicamentos associados ao tratamento da depressão e suas comorbidades, como risperidona, haloperidol e carbonato de lítio.

Tavares, Souza e Pontes (2013) buscando identificar a taxa de atendimentos a usuários com queixas de SM em um Centro de Saúde da Família no Ceará, identificaram entre outros achados que dos quase 20% de usuários com essas queixas, mais de 60% (63,2%) faziam uso de psicotrópicos, sendo os principais: antidepressivo (37,4%), benzodiazepínico (38,5%), antipsicótico (16,7%), anticonvulsivante (22,4%), anticolinérgico (18,3%) e/ou moderador do humor (1,1%). Desses indivíduos, 71,31% usavam apenas um tipo de medicação; 19,12% usavam dois tipos; 8,5% usavam três tipos; e 1,1% usavam quatro tipos diferentes de psicofármacos, o que demonstra que apesar do uso de apenas um psicotrópico ser mais expressivo, o uso dessas medicações é bastante significativo. O resultado desse estudo contrasta com outros, que apontam que a polifarmácia é comum em usuários de psicofármacos, especialmente em idosos e portadores de doenças crônicas, o que pode aumentar o risco de ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas (Araújo; Lima; Gerlack, 2018; Borges *et al.*, 2015; Mojtabai; Olfson, 2015; Noia *et al.*, 2012; Santos *et al.*, 2010).

Moura (2016) em seu estudo de revisão narrativa sobre o uso indiscriminado de psicotrópicos na APS brasileira, identificou poucos trabalhos sobre a temática no período de 2010 a 2015. Os resultados encontrados apontam que os psicotrópicos com maior uso indiscriminado são os ansiolíticos, seguidos pelos antidepressivos, anorexígenos,

antipsicóticos e anticonvulsivantes. Apontam também a prevalência do uso abusivo dos psicotrópicos entre indivíduos do sexo feminino, com ensino fundamental, desempregados e portadores de doenças crônicas (hipertensão ou diabetes), também evidenciado por Rodrigues, Facchini e Lima (2006). Ainda, a partir dos resultados do estudo de Moura *et al.* (2016), tem-se que o uso abusivo vai aumentando com o avanço da idade, sendo maior em usuários que frequentam rotineiramente as unidades básicas de saúde (UBS), em comparação a outros grupos de pacientes psiquiátricos, visto que estes pacientes acabam tendo maior acesso aos serviços de saúde e aos próprios medicamentos, devido, entre outros fatores, à gratuidade da distribuição desses fármacos. Além disso, outro aspecto importante evidenciado foi o fato de a maioria dos usuários da APS em uso de psicofármacos não serem portadores de transtorno mental, o que levanta questionamentos referentes à real necessidade de sua utilização, tendo em vista que a prescrição desses fármacos “deve seguir determinados parâmetros de segurança devido aos riscos de dependência, tolerância e overdose, dentre outros” (Silveira *et al.*, 2016, p. 22).

Em diferente cenário, o estudo de Ferraza, Rocha e Luzio (2013) sobre a prescrição de psicofármacos no atendimento psiquiátrico de um serviço público de SM, demonstrou que as queixas que levaram os pacientes ao serviço eram absolutamente comuns ao cotidiano da existência humana, como perda de ente querido, dificuldades familiares, perda do emprego, nervosismo, tristeza, entre outros, e os sintomas que mais apareceram registrados nos prontuários foram: “ansiedade”, “angústia”, “nervosismo” e “irritabilidade”. Nesse serviço, cerca de oito em cada dez usuários atendidos não receberam qualquer determinação diagnóstica (78%), apesar de todos receberem prescrição de medicação psicofarmacológica. Do total da amostra (306), 99% (303) dos usuários receberam prescrição psicofarmacológica, o que evidencia certa dificuldade dos médicos psiquiatras em diagnosticar e tratar adequadamente seus pacientes, com forte farmacologização<sup>4</sup> do sofrimento psíquico, mesmo sem critério diagnóstico e técnico preciso (Helena; Lasagno; Vieira, 2010; Oliveira, 2018).

---

<sup>4</sup> Os conceitos de farmacologização (Camargo Jr, 2013) e medicamentação (Rosa; Winograd, 2011) aproximam-se na medida que ressaltam o “fenômeno da expansão do uso de medicamentos mesmo na ausência de uma doença diagnosticada” (Silveira *et al.*, 2016, p. 17) . Contudo optou-se pelo uso do termo farmacologização, pois este não está diretamente ligado a algum diagnóstico médico, mas diz respeito à utilização de medicamentos mesmo sem indicação terapêutica, e o termo medicamentação “diz respeito ao uso de medicamentos ao nível social, não necessariamente médico” (Rosa; Winograd, 2011, p. 42).

Assim sendo, nem sempre os psicofármacos são utilizados para tratar transtornos mentais específicos, apesar deste ser o principal objetivo de sua utilização (Batista, 2014; Borges et al., 2015; Kisely et al., 2000; Sebastião; Pelá, 2004; Torres et al., 2014). Por vezes o próprio profissional não consegue identificar o real motivo do uso dos psicofármacos por alguns de seus pacientes (Borges *et al.*, 2015; Costa; Oliveira, 2017). Além disso, apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo que se dedique exclusivamente a avaliar a adequabilidade das prescrições de acordo com o diagnóstico e indicação terapêutica, resultados obtidos sobre incidência, motivação e duração das prescrições evidenciam que a maioria das prescrições é inadequada (Borges *et al.*, 2015; Hedenrud; Svensson; Wallerstedt, 2013; Norton *et al.*, 2009; Rijswijk *et al.*, 2007; Rosa *et al.*, 2012), o que indica a complexidade e os desafios do diagnóstico e do tratamento dos PSM, especialmente no contexto dos cuidados primários em saúde.

Apesar dessa realidade, a prescrição de medicamentos psicotrópicos deve considerar o diagnóstico, a indicação terapêutica e as contraindicações, a eficácia, segurança e duração do tratamento proposto, os possíveis eventos adversos e interações medicamentosas, avaliando elementos como a resposta do paciente ao medicamento, condições pré-existentes como doenças cardiovasculares, e a necessidade de precauções em populações específicas como grávidas e idosos por exemplo, além da adesão ao tratamento, com necessidade de reavaliação periódica e previsão de suspensão do medicamento na remissão dos sintomas (Brasil, 2017d; WHO, 2010), tendo em vista que a prescrição e consumo exacerbado de psicofármacos induz iatrogenias clínicas (Campos; Campos, 2006; Silveira *et al.*, 2016).

Sebastião e Pelá (2004, p.251), em estudo buscando discutir o consumo dos psicotrópicos em Ribeirão Preto concluíram que os resultados encontrados foram insuficientes para determinar os fatores implicados no consumo desses medicamentos assim como a relação risco-custo-benefício desta terapêutica, indicando a “necessidade de avaliações multidimensionais para a verificação da existência de medicalização de sintomas pela medicina e suas consequências iatrogênicas”.

Dessa forma, diversos pesquisadores têm se debruçado sobre a natureza dos transtornos mentais, seu tratamento e os efeitos do uso de psicotrópicos. Contudo, os resultados e conclusões encontradas não encontram consenso no campo científico. Uma grande quantidade de estudos tem defendido a natureza biológica dos transtornos mentais e os benefícios do uso de psicotrópicos especialmente em curto prazo, apontando a terapia

medicamentosa como uma escolha indispensável para os PSM, visto que esta seria a melhor e mais eficaz forma de tratamento dos mesmos (APA, 2014; Arruda; Morais; Partata, 2012; Coppen, 1967; Machado-Vieira *et al.*, 2005; Moreira; Matos, 2014; Quintana *et al.*, 2013; Rozenhal; Laks; Engelhardt, 2004; Sadock; Sadock; Sussman, 2013; Schildkraut, 1995; Watson *et al.*, 2004). Ao mesmo tempo, vários outros estudos questionam a etiologia dos PSM e suas formas de tratamento, mostrando os malefícios do uso dos psicotrópicos e tecendo diversas críticas quanto ao aumento substancial do uso dessas medicações para as mais variadas queixas.

Várias pesquisas têm demonstrado que o uso de psicotrópicos pode piorar os sintomas-alvo a longo prazo, aumentando os prejuízos físicos, cognitivos e sociais (Andrews *et al.*, 2012; Busfield, 2004; Correll, 2011; Gotzsche, 2019; Hengartner; Angst; Rössler, 2018; Pik, 2018; Vittengl, 2017; Whitaker, 2017), assim como a cronicidade, a invalidez e o recebimento de auxílio em decorrência desta (Bergström *et al.*, 2020; Moilanen *et al.*, 2013; Read, 2022; Viola; Moncrieff, 2016; Whitaker, 2017), além de poder aumentar o risco de morte, o escore de mortalidade e levar a morte prematura (Andrews *et al.*, 2012; Hengartner, 2017; Lehmann, 2013b; Maslej *et al.*, 2017; Maust *et al.*, 2015; Weinmann; Read; Aderhold, 2009; Whitaker, 2020).

Ainda, pode estar associado a maior risco e maiores taxas de suicídio (Hengartner; Plöderl, 2019; Hengartner *et al.*, 2021; Lehmann, 2012; Sharma *et al.*, 2016), agressividade e irresponsabilidade pelos seus atos (Freitas; Amarante, 2017; Moore; Glenmullen; Furberg, 2010; Sharma *et al.*, 2016). Peter Gotzsche, assinando juntamente com dez co-sinatários que perderam familiares por suicídio após receberem prescrição de antidepressivo, enviou ao *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* e ao *JAMA Psychiatry* uma carta solicitando a retirada de três estudos (fraudulentos segundo o autor) publicados nas respectivas revistas sobre a segurança e eficácia de antidepressivos em crianças e adolescentes. Um dos ensaios relatou o uso de paroxetina (Keller *et al.*, 2001) e os outros dois (Emslie *et al.*, 1997, 2002) relatam o uso de fluoxetina nessa população. O teor da carta versa sobre a gravidade da subnotificação de tentativas de suicídio, outros eventos suicidas e precursores de suicídio e violência com o uso desses psicofármacos, assim como o exagero substancial dos benefícios dessas drogas, solicitando um posicionamento dos dois periódicos, o qual até o momento não foi realizado (Gotsche, 2023).

Observa-se também associação do uso de psicofármacos com distúrbios sexuais e disfunção sexual persistente mesmo após descontinuação (Andrews *et al.*, 2012; Bala *et al.*, 2018; Moncrieff, 2020; Montejo *et al.*, 2001), malformações fetais (Reefhuis *et al.*, 2015), além de várias alterações fisiológicas desde hematológicas, metabólicas, endócrinas, gastrointestinais, respiratórias, músculo-esqueléticas (Frederico, 2016), cardiovasculares (Andrews *et al.*, 2012; Maslej *et al.*, 2017), dentre outras.

Além disso, alguns estudos evidenciam que o uso de psicotrópicos, sobretudo antidepressivos, apresenta efeitos modestos na redução de sintomas quando comparados ao placebo (Erhel; Scanff; Naudet, 2020; Jakobsen *et al.*, 2017; Jakobsen; Gluud; Kirsch, 2020; Khan *et al.*, 2017; Moncrieff, J., 2018b), além do fato de que muitos laboratórios, a fim de justificar a eficácia de uma determinada droga, apenas a comparam com placebo, e não com drogas já pré-existentes (Angell, 2007).

Mesmo na revisão sistemática e metáanálise de rede que concluiu que os antidepressivos foram mais eficazes que o placebo em adultos com transtorno depressivo maior, quando analisada a possibilidade de viés, 46 (9%) dos 522 estudos foram classificados como alto risco de viés, 380 (73%) estudos como moderados e 96 (18%) como baixos, demonstrando que a certeza da evidência foi moderada a muito baixa nesse estudo (Cipriani *et al.*, 2018).

Outros estudos sugerem que os critérios de inclusão e exclusão em ensaios clínicos podem levar a superestimações substanciais da melhora dos quadros clínicos dos participantes (Kirsch *et al.*, 2018), como exemplificado no estudo de Pigott *et al.* (2023) no qual os autores identificaram inconsistências nos resultados apresentados pelo estudo *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR\*D) - um dos maiores e mais longos estudos para avaliar o tratamento da depressão em pacientes do mundo real - comparando o protocolo de pesquisa original e as publicações relacionadas, de modo que a taxa de remissão cumulativa da depressão no STAR\*D foi aproximadamente metade (35%) da relatada (67%).

Observa-se ainda evidências de planejamento de publicação<sup>5</sup> e seletividade na publicação de resultados de ensaios clínicos<sup>6</sup> (de Vries *et al.*, 2019; Maslej *et al.*, 2017;

---

<sup>5</sup> Quando se molda minuciosamente os dados/resultados de pesquisa clínica realizada por empresas farmacêuticas, transformando-os em artigos a serem publicados em periódicos com alto fator de impacto, potencializando assim o valor comercial de mercado do respectivo produto (Ross; Gross; Krumholz, 2012).

<sup>6</sup> Caracteriza-se por atrasar ou não publicar ensaios clínicos que apresentaram resultados que podem diminuir o valor comercial do produto (Ross; Gross; Krumholz, 2012).

Sharma *et al.*, 2016; Turner *et al.*, 2008), em que na grande parte das vezes os ensaios que apresentam resultados positivos são publicados, e os que apresentam resultados negativos ou questionáveis não, favorecendo os medicamentos em estudo (Beijers *et al.*, 2017; Buchkowsky; Jewesson, 2004), além de discrepâncias substanciais nas notificações de eventos adversos graves em ensaios com antidepressivos e drogas antipsicóticas, com omissão de mais da metade dos casos de morte (62,3%) e suicídio (53,3%) (Hughes; Cohen; Jaggi, 2014).

Devido a esses vários problemas, como viés de publicação e relatório, ocultação e recodificação de eventos adversos graves, entre outros (Amsterdam; McHenry; Jureidini, 2017; Arroll *et al.*, 2016; Cipriani *et al.*, 2018; Hengartner, 2017; Hengartner *et al.*, 2021; Ross; Gross; Krumholz, 2012; Turner *et al.*, 2008, 2022), a eficácia dos psicotrópicos acaba sendo superestimada e os danos subestimados sistematicamente (Danborg; Valdersdorf; Gotzsche, 2019; Hengartner, 2017; Hughes; Cohen; Jaggi, 2014; Jakobsen *et al.*, 2017; Kirsch *et al.*, 2018).

Além disso, diversos pesquisadores demonstram também os conflitos de interesses presentes em estudos sobre o uso e eficácia de psicofármacos financiados pela indústria farmacêutica (Amsterdam; McHenry; Jureidini, 2017; Ang; Horowitz; Moncrieff, 2022; Angell, 2007; Arroll *et al.*, 2016; Caponi, 2018; Cosgrove *et al.*, 2018; de Vries *et al.*, 2019; Hengartner, 2017; Jakobsen *et al.*, 2017; Miguelote; Camargo Jr., 2010; Moncrieff, J., 2018a; Moynihan *et al.*, 2020; Ross; Gross; Krumholz, 2012; Turner *et al.*, 2008). Denunciam a prática de “*Salami Slicing*” ou “fatiar salame”, que consiste na publicação de partes separadas, mas muito semelhantes, de um único conjunto de dados em vários periódicos, a fim de disseminar amplamente as descobertas “positivas” sobre um determinado fármaco (Spielmans; Biehn; Sawrey, 2010). Questionam também os critérios técnicos utilizados para assegurar um “resultado positivo” em determinado estudo tendo em vista que em muitos, a superioridade da eficácia do psicofármaco não é claramente demonstrada (Garattini; Bertele, 2005), além de perda dos efeitos clínicos, apesar da adesão adequada, especialmente quando do uso continuado (El-Mallakh; Gao; Jeannie Roberts, 2011).

Essas evidências de interferências na condução dos estudos e modificações nos projetos e nos relatórios, levantam dúvidas quanto aos conflitos de interesse, a integridade da literatura científica e seu impacto na prática médica (Healy; Cattell, 2003).

Além disso, esse grupo de fármacos, especialmente os benzodiazepínicos, anticonvulsivantes e antidepressivos, apresentam maior índice de interações medicamentosas<sup>7</sup> possíveis, com grande chance de danos. Podem ocasionar redução da eficácia do tratamento, ou ainda possibilitar efeitos e reações adversas graves, principalmente quando associados ao uso de bebidas alcoólicas, automedicação e a prática da polifarmácia, a qual vem aumentando nos últimos anos. Em relação à polifarmácia de psicotrópicos, majoritariamente ela envolve a prescrição combinada de antidepressivos e antipsicóticos, mesmo que a combinação de fármacos em muitos casos não apresente eficácia comprovada, não esteja apoiada em ensaios clínicos e evidências consistentes e apresente associação positiva entre o número de fármacos prescritos com a maior frequência de interações medicamentosas potenciais (Balén *et al.*, 2017; Bergström *et al.*, 2020; Bortolon *et al.*, 2008; Mojtabai; Olfson, 2015; Pinto *et al.*, 2014; Rodrigues; Oliveira, 2016; Santos *et al.*, 2010; Shi; Mörike; Klotz, 2008).

Por outro lado, em relação aos idosos, parece haver concordância na literatura que o uso de psicotrópicos apresenta risco aumentado em diversas dimensões para essa parcela da população (Johnell *et al.*, 2017; Shi; Mörike; Klotz, 2008). Isso ocorre pois o processo de envelhecimento precipita alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, que “levam a uma maior sensibilidade aos agentes atuantes no sistema nervoso central” (Johnell *et al.*, 2017, p. 414, tradução nossa)<sup>8</sup> resultando em efeitos prolongados e aumentados de muitos medicamentos.

Os estudos sobre o tema têm demonstrado tendência ao aumento do uso de psicotrópicos com o avançar da idade, estando fortemente associado a incapacidade funcional, síncope, quedas, risco de lesões por quedas e fraturas, hospitalizações, risco de morte e morte. Em termos cognitivos, está relacionado com ocorrência de déficit cognitivo e aumento do risco de demência (Andrews *et al.*, 2012; Araújo; Lima; Gerlack, 2018; Bloch *et al.*, 2011; Falci *et al.*, 2019; Fiorelli; Assini, 2017; Goveas *et al.*, 2011; Johnell *et al.*, 2017; Rodrigues; Facchini; Lima, 2006; Salvi *et al.*, 2012; Seppala *et al.*, 2018). Já em pacientes idosos demenciados, apesar da prescrição de psicotrópicos,

---

<sup>7</sup> A interação medicamentosa pode ser considerada como um “fenômeno que ocorre quando os efeitos ou a farmacocinética de um fármaco são alterados pela administração prévia ou coadministração de outros fármacos” (Balén *et al.*, 2017, p. 173), ou então como resultado “de uma interferência no efeito de um medicamento por alimentos, bebidas ou ainda por alguns agentes químicos ambientais” (Santos *et al.*, 2010, p. 285).

<sup>8</sup> Tradução nossa. Destaca-se que todas as traduções de idiomas estrangeiros foram realizadas pela pesquisadora.

especialmente antipsicóticos e antidepressivos ser frequente para o tratamento das alterações comportamentais e psicológicas comuns nesse tipo de quadro, os estudos apontam eficácia modesta a curto prazo e questionável a longo prazo, com efeitos colaterais graves, incluindo acidente vascular cerebral, deterioração cognitiva e morte, indicando cautela na prescrição e uso dessa classe medicamentosa (Farina; Morrell; Banerjee, 2016; Forlenza; Cretaz; Diniz, 2007; Guthrie; Clark; Mccowan, 2010; Howard *et al.*, 2007; Johnell *et al.*, 2017; Maust *et al.*, 2015; Smith, 2011).

Diante do exposto, considera-se que o uso de psicofármacos para o tratamento dos PSM pode ser problemático, potencialmente prejudicial e precisa limitar-se aos casos estritamente selecionados, pelo menor tempo possível (Fava, 2020b). Na decisão de se usar ou não um psicotrópico, é importante “ponderar se a relação risco-benefício potencial do medicamento justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados” (Amarante, 2007; Bezerra *et al.*, 2016; Brasil, 2000, p. 40; Brijnath *et al.*, 2017; Cipriani *et al.*, 2007; Hengartner, 2017; Thiel, 2017).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2010) indica que o tratamento eficaz para a depressão inclui medicamentos antidepressivos e psicoterapias, isoladamente ou em combinação. No contexto nacional, de forma geral as recomendações para tratamento de depressão e demais PSM na APS apontam para a associação de estratégias farmacológicas e intervenções psicossociais, que devem ser construídas a partir da elaboração de um projeto terapêutico singular (PTS), da escuta atenta e qualificada, do estabelecimento de vínculo e da gestão compartilhada do uso dos medicamentos (Brasil, 2013a; Brasil, 2019b). Contudo, a primeira pesquisa a apresentar estimativas nacionalmente representativas de acesso ao tratamento para a depressão e seus preditores demonstrou que aproximadamente 80% dos indivíduos com sintomas depressivos clinicamente relevantes não receberam nenhum tratamento, e para aqueles que receberam, apenas a farmacoterapia foi mais comum, em cerca de 14% dos casos (Lopes *et al.*, 2016).

Nesse sentido, dois dos principais manuais técnicos que orientam a conduta clínica dos médicos que trabalham na APS brasileira, o Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática (Gusso; Lopes; Dias, 2019) e Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências (Duncan *et al.*, 2022) apesar de abordarem de maneira breve e pontual acerca do uso de intervenções psicológicas e psicossociais no contexto dos cuidados primários, tendem a enfatizar as

terapias medicamentosas como terapêutica indicada para tratamento da maioria dos PSM nesse nível de atenção.

Já sobre a combinação de farmacoterapia e psicoterapia, especialmente no campo da APS percebe-se que ainda são escassos na literatura os estudos neste contexto. Até o momento, os poucos estudos realizados sugerem que a combinação de medicamentos e psicoterapia pode ser mais efetiva para o tratamento de transtornos de humor, ansiedade e depressão, do que uso de cada uma das técnicas isoladamente, e que o uso sequencial da farmacoterapia no tratamento do episódio agudo e a psicoterapia em sua fase residual podem melhorar os resultados a longo prazo. Porém a maioria desses estudos estão circunscritos a contextos específicos, apresentam amostras pequenas, e comumente envolvem psicoterapia de curto prazo ou curto prazo de investigação, impedindo a formulação de conclusões consistentes e definitivas sobre o tema. Assim sendo, estudos prospectivos, controlados, com combinação de técnicas, amostras mais representativas e melhor delimitadas, com uso de instrumentos validados e investigação sobre os efeitos a longo prazo dos tratamentos, incluindo estudos de custo-efetividade ainda são necessários (Chisholm, 2005; Cuijpers *et al.*, 2019a, 2020; Damasceno *et al.*, 2019; Fava; Ruini; Sonino, 2003; Frey; Mabilde; Eizirik, 2004; Gorman, 2016; Schwartz; Sachdeva, 2015; Wiles *et al.*, 2014).

Se por um lado o uso de psicotrópicos parece não apresentar evidências positivas suficientes, ou evidências limitadas pouco confiáveis e restritas ao curto prazo, para sua recomendação no contexto da APS, e tampouco o uso combinado de terapias medicamentosas e psicológicas tenha se mostrado consistentemente uma melhor opção de tratamento nesse nível de atenção; por outro lado, estratégias não medicamentosas como intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas, intervenções sociais, algumas modalidades de práticas integrativas e complementares, compartilhamento de tarefas entre outras (que serão apresentadas no capítulo 3.5) têm apresentado de forma abrangente efeitos positivos e resultados promissores, não apenas na melhoria da SM da população, mas também na contenção de custos no setor saúde.

Todavia, parece haver uma convicção arraigada no campo científico de que o uso de psicofármacos seria bom e recomendado para os casos ou vários dos casos de SM, especialmente os casos graves como a esquizofrenia. Além disso, na divulgação científica pela mídia tradicional parece haver uma hegemonia discursiva sobre a opinião pública enfatizando o modelo biomédico com enfoque em aspectos genéticos e neuroquímicos

nos casos graves de SM, conforme pesquisa realizada por Melo e Freitas (2023). Entretanto, considerando a importância social, cultural, técnica e científica desta temática, algumas experiências e estudos têm questionado esse dogma ou “estado de opinião” científico e social mostrado que se torna cada vez mais necessário relativizar essa discussão. Mesmo em casos graves de SM, quando as pessoas estão passando por crise psíquica grave, a literatura tem demonstrado que existem outras alternativas não medicalizantes possíveis, capazes de ajudar na superação desses momentos de maneira sustentável, evitar episódios de violência psiquiátrica e reduzir a prescrição de medicamentos psicotrópicos, apresentando melhores resultados a longo prazo quando comparados ao uso de psicofármacos (Lehmann, 2013a; Whitaker, 2017). Como exemplos dessas experiências podemos citar a experiência do “*open dialogue*” ou diálogo aberto, o *recovery*, a experiência do grupo de ouvintes de vozes, a experiência do grupo Gestão Autônoma dos Medicamentos (GAM), entre outras (que serão melhor apresentadas no capítulo 3.5.6).

Dessa maneira, considerando os problemas e riscos acima mencionados acerca do uso de psicotrópicos, da possibilidade aumentada de efeitos adversos, de interações medicamentosas, de cronificação e dependência, bem como o conflito de interesse e diversos tipos de vieses encontrados desde a realização até a publicação de estudos clínicos sobre essa terapêutica (medicamentosa), e, considerando também que desde os casos mais graves de SM, até os mais leves como o TMC, existem evidências de resultados melhores a longo prazo quando do emprego de intervenções terapêuticas não medicamentosas, se faz necessário repensar a forma como a APS tem lidado com as demandas de SM, de modo a tentar viabilizar a incorporação de outras estratégias de cuidado para além do uso de psicofármacos, considerando os desafios para efetivação de tal proposta.

Nesse sentido, a presente tese se propôs a desenvolver estratégias e elaborar saberes como construção de resposta para duas perguntas norteadoras. 1) Qual seria um “padrão ouro” ou a melhor forma de cuidado em SM na APS? 2) Como viabilizar progressivamente a transformação do cuidado atualmente ofertado para esse cuidado “padrão ouro” em SM na APS?

Com o avançar do estudo buscando na literatura subsídios para responder a essas questões, optamos por traduzir esse padrão-ouro de modo a relacioná-lo fortemente e focá-lo nas práticas de cuidado, de modo que a melhor forma de cuidado em SM na APS

corresponde ao que denominamos de “boas práticas de cuidado” (BP) em SM na APS, que passam assim a consistir em objeto de pesquisa do presente trabalho.

O termo “boas práticas” é uma nomenclatura utilizada em diversos campos do conhecimento e perpassa áreas temáticas distintas, abarcando desde estudos nas áreas de ciências exatas como as engenharias, ciências agrárias, ciências sociais e humanas até ciências da saúde. Essa última, impulsionada pelas produções da enfermagem, concentra maior número de publicações sobre a temática. Contudo, em relação à SM, especificamente SM na APS, não foi encontrado nenhum resultado na literatura, o que indica a importância em se discutir e produzir conhecimento científico acerca desse tema.

De acordo com Brandão (2019, p. 608) boas práticas podem ser entendidas como um “conjunto inter-relacionado e indissociável de teorias, técnicas, processos e atividades que se colocam como as melhores opções disponíveis para realizar o cuidado em determinada área”. Seriam práticas de cuidado profissionais que podem ser qualificadas como boas pelo ponto de vista ético, de juízo de valor e do ponto de vista epistemológico, ou técnico, no sentido de se conectar com os saberes elencados pelas opções teóricas escolhidas pelos autores.

Desse modo, uma das características das BP seria unir teoria e prática (Brandão *et al.*, 2019), através da “aplicação de conceitos, técnicas ou procedimentos metodológicos”, buscando os melhores resultados para as demandas apresentadas pelos usuários (Gutierrez *et al.*, 2018, p. 2941). As BP devem levar em consideração o ambiente e contexto em que a assistência será prestada, assim como as crenças, valores e princípios éticos tanto dos que recebem o cuidado quanto dos que ofertam. Para isso, é necessário realizar, por meio de uma reflexão crítica sobre a prática, a avaliação das ações propostas para cada situação e contexto específico, de modo a perceber quais ações estão funcionando melhor e porque, buscando assim a otimização dos recursos para atingir os resultados almejados nas intervenções. Assim, as BP seriam formadas por uma tríade que compreende as necessidades de cada usuário, a perícia e expertise clínica e as melhores evidências de pesquisas científicas, consistentes com os valores da promoção da saúde e da saúde pública (Gutierrez *et al.*, 2018; Klock *et al.*, 2019; Toso; Padilha; Breda, 2019). Complementarmente, o “Glossário temático: monitoramento e avaliação”, proposto pelo Ministério da saúde, considera BP como os “requisitos essenciais que devem ser adotados para garantir a qualidade de uma intervenção” (Brasil, 2022, p. 32).

Na presente tese parte-se da hipótese de trabalho de que as BP de cuidado em SM na APS são aquelas pautadas por uma abordagem psicossocial das demandas de SM, convergente com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (discutida no capítulo 3.2). São caracterizadas pela não (ou mínima) medicalização do sofrimento psíquico, e pela evitação da ontologização dos sintomas e quadros clínicos dos pacientes em doenças ou transtornos que seriam crônicos ou vitalícios e que exigiriam a tutela e monitoramento profissional contínuo, bem como controle bioquímico/farmacológico. Entende-se que BP em SM na APS pressupõem que os psicofármacos devem ser evitados o quanto possível, e vistos, assim, como potenciais recursos de “resgate” em situações de relativa urgência, em que se justificaria sedação química momentânea de sintomas intensos dos pacientes, por sua demanda ou com sua permissão e acordo, que devem ser descartados rapidamente após saída da situação desencadeadora de seu uso ou por solicitação do paciente. Considera-se dessa forma, que os psicotrópicos não podem ser entendidos e utilizados como a principal forma de tratamento para os PSM, e sim, devem ser vistos como drogas inibidoras de sintomas com graves efeitos adversos principalmente a longo prazo, que devem ser usados o mínimo possível em tempo de uso e dose pela sua tendência à cronificação dos quadros, e usados apenas após outros recursos terapêuticos terem sido devidamente explorados.

Em outra direção, paralelamente, entende-se que a essência das BP de SM na APS deve consistir em auxiliar o paciente a administrar por conta própria seus sofrimentos e sua vida a partir da reconstrução de seu protagonismo e de seu reposicionamento subjetivo e intersubjetivo frente a si mesmo, aos outros e ao mundo, enfatizando a (re)conquista de progressivos graus de autonomia e a (re)construção de redes sociais mais apoiadoras, solidárias e tolerantes.

## 2. Objetivo

---

### 2.1 Objetivo Geral

- Analisar as potências, dificuldades e características da construção de boas práticas de cuidado em SM na APS.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as experiências e intervenções descritas na literatura que se aproximam da noção de boas práticas de cuidado em SM na APS;
- Analisar as principais orientações clínicas brasileiras para o cuidado em SM na APS brasileira;
- Analisar as concepções de profissionais da APS sobre os cuidados em SM possíveis nesse nível de atenção;
- Identificar os principais desafios para a implementação de boas práticas de cuidado em SM na APS, e estratégias para sua superação.

### 3. Referencial teórico

---

#### 3.1 Medicalização social ou da vida

Whitaker (2017) em seu livro: *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental* se propõe à crítica da hegemonia biomédica, sobre a égide da psiquiatria e da representação biologicista dos PSM, que hoje domina o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, denunciando a influência da indústria farmacêutica, da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e de vários cientistas e pesquisadores ligados à renomadas universidades americanas na “criação e propagação de um paradigma científico” (Magalhães, 2017, p. 168). O autor, fazendo uma retrospectiva histórica aponta que a partir da crítica da psiquiatria por intelectuais da antipsiquiatria (Thomas Szasz; Foucault; Laing; Cooper e Goffman) e do aumento da visibilidade e procura de psicoterapia, especialmente da psicanálise, a psiquiatria passou por uma crise nas décadas de 1960 e 1970, necessitando de reestruturação. Nesse contexto, demarcando seu espaço a partir da diferenciação em relação às duas ciências psicológicas (Psicologia e Psicanálise) a psiquiatria, na busca de legitimidade científica e médica, promoveu o uso dos medicamentos psiquiátricos, que haviam sido recente e acidentalmente descobertos, transformando formas de pensar, sentir e agir em problemas que até então eram provenientes de acontecimentos da vida em “fenômenos com causalidade biológica particularmente originados no cérebro” que necessitavam de tratamento farmacológico para sua cura (Amarante; Freitas, 2015, p. 77; Furtado, 2018).

Assim sendo, na medida em que a prescrição de medicamentos se tornou uma atribuição exclusivamente médica, os médicos psiquiatras passaram a ter o monopólio sobre as prescrições psiquiátricas, se tornando praticamente os detentores desse nicho de mercado, que com a ajuda da indústria farmacêutica se transformou em um dos mais rentáveis do mundo (Amarante; Pitta; Oliveira, 2018; Whitaker, 2017).

Para isso, por meio de uma brilhante jogada de marketing, a indústria farmacêutica em conjunto com a APA, através de diversas campanhas publicitárias empreendeu grandes esforços na propagação da ideologia medicamentosa, ao mesmo tempo que lançou a terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – manual diagnóstico e estatístico das doenças mentais) (Caponi, 2018; Magalhães, 2017; Soalheiro; Mota, 2014; Strand, 2011; Whitaker, 2017).

Essa edição marca uma grande ruptura com o padrão classificatório utilizado nas duas edições anteriores do manual, demonstrando o enfraquecimento das ciências psicológicas, em especial da psicanálise no meio científico, o que precipitou importante reducionismo no entendimento da subjetividade humana e do sofrimento psíquico. Antes, os sintomas eram considerados reflexos de conflitivas interiores que deveriam ser investigados e tratados a partir do entendimento da vida pessoal do paciente, suas condições e experiências. Agora, na tentativa de seguir o modelo da medicina, o diagnóstico deixou de ser coadjuvante e se tornou central no tratamento do sofrimento psíquico, que passou a ser entendido como transtorno mental, fazendo com que a psiquiatria biológica e sua psicofarmacologia tomassem cada vez mais espaço no cenário da SM (Soalheiro; Mota, 2014; Strand, 2011).

Nesse sentido, a partir de uma supervalorização do saber psiquiátrico começaram a se tornar “passíveis de diagnóstico, tratamento e prevenção alguns eventos e condições até então considerados pertinentes e próprios da existência humana”, num processo denominado medicalização da vida (Soalheiro; Mota, 2014, p. 67).

A medicalização da vida, também conhecida como medicalização social, pode ser entendida como um fenômeno complexo, de grande amplitude social e que atua em múltiplas esferas de influência, do individual ao coletivo “transformando as vivências e os sofrimentos e as dores, que antes eram manejados no próprio ambiente familiar ou comunitário em necessidades médicas” (Azevedo, 2018; Tesser, 2006a; Tesser; Neto; Campos, 2010, p. 3616).

O avanço da medicalização tem acentuado desnecessariamente a “realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários” (Tesser; Neto; Campos, 2010, p. 3616), subvertendo as práticas subjetivas e próprias à individualidade do paciente no manejo das dinâmicas saúde-doença (Tesser; Barros, 2008) “trazendo para o campo da psicopatologia traços, emoções e estados subjetivos anteriormente experimentados e tratados como inerentes à existência comum” (Bezerra JR, 2010, p. 121) produzindo uma espécie de borramento das fronteiras entre o normal e o patológico (Caponi, 2009; Gaudenzi, 2018; Jorge, 2015).

Alguns autores teorizaram sobre o conceito da medicalização. Peter Conrad cunhou o fenômeno de um modo mais formal e descritivo. Para o autor, a medicalização seria “um processo pelo qual os problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens” (Conrad, 2007,

p. 4) contextualizando os aspectos conceituais (uso do modelo e da linguagem médica para lidar com uma situação e/ou problema), institucionais (quando as instituições/organizações adotam o modelo médico para tratamento de um problema, legitimando-o como doença) e interacionais (quando na interação médico-paciente, os profissionais diagnosticam e tratam como problemas médicos situações ou problemas sociais, normalmente com uso de medicações e/ou outras tecnologias médicas) do conceito (Conrad, 1992, 2007; Sanches, 2011; Tesser; Dallegrave, 2020a).

Já Illich e Foucault se apresentaram como expressões da crítica à medicalização. De maneira sintética, Illich aponta que a medicalização deve ser evitada sempre que possível, dado seu potencial para a redução da autonomia dos indivíduos e consequente dependência da autoridade médica para tratar suas dores, sofrimentos e questões inerentes à vida (Gaudenzi; Ortega, 2012; Illich, 1975; Tesser; Dallegrave, 2020a).

Foucault (Foucault, 1979, 1975, 1994) entende a medicalização como uma dinâmica “que circula pelos aspectos de poder e do saber técnico da medicina disciplinando as pessoas e regulando seus corpos” (Sanches, 2011, p. 31).

Assim, buscando proporcionar um desejável e produtivo estado de bem-estar e felicidade, bem como aliviar o sofrimento inerente à vida cotidiana, o processo de medicalização pressupõe que toda insatisfação ou mal-estar seria um indicativo de desvio, o qual deveria ser prontamente tratado. Desse modo, o discurso biomédico sequestra o cotidiano, enquanto suas práticas tomam o domínio do social produzindo novas realidades e novas formas dos indivíduos se relacionarem e com seus corpos, sentimento e subjetividade (Aguiar, 2004; Azevedo, 2018; Bezerra JR, 2002; Jorge, 2015).

Recorrendo cada dia mais aos medicamentos para suportar as pressões, dificuldades e sofrimentos da existência gerados pela vida contemporânea, o processo de medicalização parece se apresentar como um mecanismo de silenciamento do sofrimento, na tentativa de descaracterizá-lo como um processo humano. Ao promover o “tamponamento das indagações e o silenciamento do sujeito diante da sua dor”, opera como mecanismo normatizador, diminuindo as possibilidades de posicionamento histórico e político, bem como de elaboração e busca de sentido para as vivências (Azevedo, 2018, p. 7).

A medicalização do sofrimento e das queixas ou PSM na APS é uma tendência e uma realidade altamente prevalente, devido a posição de respeito e poder dos

profissionais médicos ali atuantes, sua tendência de interpretar os problemas clínicos como doenças (ou transtornos, no caso da SM) e sua tendência geral de abordagem farmacológica desses problemas (Tesser, 2006a, 2006b, 2019). Isso é particularmente acentuado na área de SM, devido à sua relativa pouca crítica epistemológica e política à psiquiatria contemporânea, dominada pela medicalização excessiva dos problemas psíquicos e comportamentais. A medicina de família e comunidade costuma valorizar as evidências científicas, já que são uma fonte respeitável de avaliação de resultados clínicos na biomedicina que atravessa todas as especialidades médicas, de forma relativamente independente delas. Todavia, o espírito crítico parece ser escasso para com a análise das evidências na área da psiquiatria, ainda dominada pelos psiquiatras, tanto dentro como fora do Brasil. Isso é salientado por Gotzsche (2020, p. 1):

“a psiquiatria [...] tem o monopólio do tratamento de pacientes com problemas de saúde mental, tendo os médicos de família como a sua complacente equipe de vendas de primeira linha e que não fazem perguntas incômodas sobre o que estão vendendo.

O médico de família é a porta de entrada da maioria das pessoas na psiquiatria. Aqui é onde pessoas tristes, preocupadas, estressadas ou esgotadas abordam os seus sintomas. O médico raramente dispõe do tempo necessário para perguntar sobre os eventos que fizeram com que o paciente acabasse nessa situação. Após alguns minutos a consulta frequentemente termina com um diagnóstico, que pode não ser correto, e uma prescrição para um ou mais medicamentos psiquiátricos, embora a terapia de conversa pudesse ter sido o melhor. Um estudo nos Estados Unidos mostrou que mais da metade dos médicos escreveu prescrições após discutir a depressão com os pacientes por três minutos ou menos”.

Apesar disso, os médicos de família e comunidade vêm lentamente desenvolvendo a chamada prevenção quaternária (Norman; Tesser, 2019): uma versão nativa da APS da crítica à medicalização e à iatrogenia excessivas realizadas pelos clínicos, propondo postura ativa de contenção do uso excessivo de intervenções medicalizantes e iatrogênicas na APS. Isso tem sido considerado relevante para a Saúde Coletiva (Depallens; Guimarães; Filho, 2020) mas parece ainda pouco desenvolvida enquanto prática corrente na abordagem dos problemas de SM na APS (Frosi; Tesser, 2015; Norman; Tesser, 2015). Dessa forma, se torna necessário problematizar quais as práticas de cuidado em SM na APS vêm sendo ofertadas e quais as boas práticas possíveis nesse nível de atenção, de modo a subsidiar ações que estejam alinhadas a uma perspectiva desmedicalizante de abordagem dos PSM, e em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, tema a ser abordado na sequência.

### 3.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira

“O objetivo da reforma psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados” (Amarante, 1997, p. 165).

A Reforma Psiquiátrica (RP) pode ser entendida como um processo político e social complexo, composto por diversos atores, instituições e forças de diferentes origens. Ela perpassa as três esferas de governo, as universidades, os serviços de saúde, os movimentos sociais entre outros, incidindo nos mais diversos territórios, incluindo o imaginário social e a opinião pública. Assim, marcada por tensões, conflitos e desafios, é no cotidiano da vida que a RP acontece (Brasil, 2005). Enquanto fenômeno social complexo, o processo de RP apresenta diversas dimensões (sociocultural, teóricoconceitual, juridicopolítico e tecnicoassistencial), todas articuladas e interdependentes (Amarante, 1999; Sales; Dimenstein, 2009).

Nesse sentido, o movimento da RP no Brasil surgiu inspirado no movimento de desinstitucionalização italiano, buscando “denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência” (Brasil, 2005, p. 7). Para além da denúncia, o movimento da RP buscou também de maneira coletiva apresentar um contraponto ao saber psiquiátrico e ao modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, propondo novos modos de fazer SM baseados no atendimento humanizado, integral e territorial para às pessoas com PSM, através da oferta de serviços substitutivos ao modelo manicomial (Brasil, 2005). Essa transformação na lógica de cuidado é embasada por uma vasta quantidade de evidências históricas e científicas que mostram que o modelo manicomial não foi efetivo, nem trouxe avanços no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, muito antes, fortaleceu o imaginário social da loucura, servindo para a higienização e segregação social.

De acordo com Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010) a psiquiatria nasce no Brasil com o intuito de resguardar a sociedade dos excessos da loucura, excluindo do convívio social as pessoas com PSM, ao invés de buscar tratamento adequado para essas pessoas. Nesse sentido, desde a colonização, os chamados “alienados” precisavam de um lugar afastado, longe dos olhos do povo para transitar e (não)existir. A partir do projeto de urbanização do Brasil, D. Pedro II em 1841 autoriza a construção do primeiro hospital

para doentes mentais, instaurando a psiquiatria como prática no país. Após sua inauguração quase 11 anos depois, foram sucessivamente criados outros hospitais psiquiátricos, que orientados por interesses políticos, morais, ideológicos e especialmente financeiros foram responsáveis pela construção e expansão de um grande e perverso sistema manicomial, que contou, especialmente na ditadura militar, com parcerias público-privadas, sendo o Estado o financiador de grande parte desse tipo de internação (longa e onerosa para o sistema) (Paim, 2018; Yasui; Barzaghi, 2018). Os hospitais psiquiátricos foram por muito tempo lugar de descaso, abusos e desumanidades, onde os pacientes eram abandonados e submetidos à métodos sádicos de tratamento. O Hospital Colônia de Barbacena é um dos casos mais emblemáticos da história do país, pois se tornou um campo de extermínio para aqueles que lá viviam, com cerca de 16 mortes diárias, decorrentes de maus tratos, negligência e abandono (Souza; Valeirão, 2016), cenário este retratado pela Daniela Arbex (2013) em sua obra: *Holocausto brasileiro*.

Nesse cenário *pari passu* com as crescentes mobilizações visando à redemocratização do país e embasado na luta dos movimentos sociais, principalmente no da reforma sanitária (que teve influência importante para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua consolidação como uma política de estado por meio da Constituição Federal de 1988), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) realizou inúmeros questionamentos e denúncias em relação às políticas de assistência psiquiátrica vigentes e propôs um novo modelo técnico-assistencial. Foi considerado por Amarante (1995, p. 1) “o ator através do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”. Assim, além das pesadas críticas à privatização da gestão da saúde e das denúncias da psiquiatrização, o MTSM buscava também melhores técnicas de tratamento e melhores serviços em SM, sendo o precursor do movimento da RP no Brasil (Amarante; Nunes, 2018; Yasui, 2010).

A denominação RP foi adotada no país a partir de 1989 e compreendeu, para além de simples transformações superficiais, uma reforma estrutural, um movimento político de transformação social que objetivou modificar o campo da SM e conseqüentemente a maneira de ver e cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico, buscando resgatar sua autonomia e reintegração à família e à sociedade (Amarante, 2015; Gonçalves; de Sena, 2001; Trabuço; Santos, 2015; Yasui; Barzaghi, 2018).

Para tanto, através da mobilização de diversos atores, especialmente dos profissionais de SM e dos familiares de pacientes com PSM, da assinatura pelo Brasil da

Declaração de Caracas (a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas) e da aprovação da Lei Federal nº 10.216 de 2001, conquistada após anos de espera, a mudança no modelo de atenção à SM obteve bases legais para o início de sua efetivação no país (Alves; Silva; Costa, 2012; Brasil, 2005; Pitta, 2011).

A lei nº 10.216 (Brasil, 2001) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em SM. A partir dela, foi criada a Política de Saúde Mental no Brasil, a qual tem como eixo central a redução progressiva de leitos psiquiátricos de longa permanência, através da constituição de uma rede de dispositivos substitutivos que permitam a atenção ao portador de sofrimento psíquico no seu território, oportunizando a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial deste, a partir da expansão e fortalecimento de uma rede de serviços extra-hospitalares e da inclusão de ações de SM na APS (Brasil, 2010c; Ferro, 2009).

Dessa forma, a partir da aprovação da lei nº 10.216, seguindo orientações propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o Brasil se alinha com outros países, em uma tendência mundial de reestruturação da assistência em SM, a partir da substituição dos hospitais psiquiátricos como locus preferencial de cuidado, priorizando-se a rede de dispositivos territoriais e comunitários (Abrasco, 2017).

Com a ampliação da rede de serviços substitutivos, principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a diminuição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos e inversão no padrão de financiamento, foi construído um modelo de cuidado no país marcado pelo diálogo democrático envolvendo usuários, familiares, profissionais de saúde, gestores e a sociedade como um todo (Paim, 2018).

Assim, a luta do movimento da RP foi (e continua sendo) pela construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, solidárias, inclusivas e libertárias, que prezem pela permanência dos indivíduos no seu contexto, favorecendo a formação de vínculos e a garantia dos seus direitos de cidadania (Brasil, 2005; Sales; Dimenstein, 2009).

Contudo, como já se sabe, o movimento da RP muito longe de ser linear, é composto por nuances, peculiaridades, diversos e novos sujeitos/atores sociais, avanços e retrocessos. Nele, interesses contrários (corporativos, financeiros, partidários), que historicamente já se mostravam presentes, seguem sendo evidenciados através dos

ataques crescentes às conquistas alcançadas no campo do cuidado em SM (Abrasco, 2018; Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Yasui; Barzaghi, 2018).

A RP é uma política de Estado que deveria ser marcada pelo respeito às conquistas já concretizadas e por sua continuidade em diferentes governos e gestões. Deveria não “recuar em termos dos direitos garantidos e do norte ético jurídico-político-assistencial, expresso em Convenções Internacionais das quais o Brasil é signatário e nos marcos legais nacionais” (Abrasco, 2018, p. 1).

Entretanto a partir do Golpe Jurídico-Parlamentar de 2016 (Morgan; Najjar, 2020), em consonância com o contexto de redução dos direitos constitucionais em prol dos interesses do mercado, do descaso do Estado em diminuir as desigualdades, manter as políticas sociais de redistribuição de renda e promover justiça social, em um cenário de desmonte de políticas públicas nas mais variadas frentes, observou-se a aprovação da EC 95, que preconiza o congelamento de investimentos no campo da saúde por vinte anos, condenando dessa forma o SUS ao sucateamento. Além disso, observou-se também a mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017a) e na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o que se constitui como ameaça ao modelo desinstitucionalizante (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Esta última, a partir da publicação de diversas portarias representou um retrocesso importante, na medida em que expandiu os pontos de atenção da RAPS retomando investimentos nos hospitais psiquiátricos, em comunidades terapêuticas e em ambulatórios de SM. Voltou-se a privilegiar o modelo manicomial (que se utiliza de recursos de exclusão como manicômios e comunidades terapêuticas) tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa. Assim, na contramão e rompendo com os ideais reformistas da RP, não mais considera os serviços que compõem a RAPS como sendo substitutivos, mas igualmente importantes, devendo estes serem incentivados, ampliados e fortalecidos, não se fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza (Braga, 2019; Brasil, 2017b, 2019a; Guimarães; Rosa, 2019; Paim, 2018).

Além disso, pode-se perceber nessa “nova” Política de SM uma tendência de estagnação na implantação de serviços de base comunitária, com acentuado caráter proibicionista no campo do uso de substâncias psicoativas, com implementação impositiva, sem legitimidade por parte dos atores sociais, profissionais e pesquisadores no campo da atenção psicossocial, nem sustentação legal, representando a “antítese do referencial ético e técnico da RP brasileira” (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 15).

Mais uma vez, a “indústria da loucura”, representada pelos empresários dos hospitais psiquiátricos, pelos dirigentes de comunidades terapêuticas e pela indústria farmacêutica, com um discurso falacioso incita novamente o retorno ao modelo manicomial (Guimarães; Rosa, 2019; Paim, 2018). De acordo com a nota técnica N° 11/2019, o objetivo das mudanças feitas na PNSM seria no sentido de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada, garantindo que todos os pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tivessem acesso a tratamentos efetivos no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável. Nesse sentido, a nota técnica coloca o uso da eletroconvulsoterapia (ECT) como um exemplo dos recursos a serem utilizados no tratamento de pacientes com transtornos mentais graves. Coloca ainda que a compra de equipamento para a realização dessa modalidade de “tratamento” passa agora a ser financiada pelo SUS, visto que embasado em evidências científicas, seria responsabilidade do mesmo a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população (Brasil, 2019a). Todavia, diferentemente do exposto, o uso da ECT ainda levanta muitos questionamentos, não havendo consenso na comunidade científica a respeito de sua indicação e realização (Oliveira, 2019).

Por fim, em relação ao retorno ao modelo hospitalocêntrico, manicomial e medicalizante, não existem indícios sustentados em fundamentação e argumentação teórico-científica ou histórica de que essas práticas tenham alguma efetividade no tratamento de pessoas com PSM e em sofrimento psíquico. Muito pelo contrário, tal discurso é obscurantista, retrógrado e anticientífico, na medida em que se tem apresentado evidências concretas e inegáveis dos efeitos positivos da RP sobre a vida de usuários de SM que têm acesso aos serviços territorializados, extra-muros e em liberdade, com um grande número de trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais sobre essa temática (Abrasco, 2017; Braga, 2019; Campos *et al.*, 2020; Costa-Rosa, 2000; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Lima; Christo; Machado, 2016). Esses trabalhos demarcam o papel e importância da APS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mostrando que o cuidado quando realizado de forma territorial, dentro do contexto cultural e de vida das pessoas tem potencial emancipatório e de reinserção social.

### 3.3 A importância da APS na Rede de Atenção Psicossocial

Como a SM não está dissociada da saúde geral, é necessário reconhecer que as demandas de SM se apresentam de diferentes maneiras e podem estar presentes nas diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da APS, visto que os PSM estão entre as causas mais frequentes de procura por atendimento (Rodriguez-Pulido *et al.*, 2020), e acabam sendo tratados em sua maioria, nesse nível de atenção (Brasil, 2013a; Onocko-Campos *et al.*, 2011; Rijswijk *et al.*, 2007; Tavares; Souza; Pontes, 2013).

Cabe destacar que a APS tem potencial resolutivo para lidar com cerca de 80 a 85% das necessidades de saúde de sua população adstrita (Starfield, 2002; Tanaka; Ribeiro, 2009; Wenceslau; Ortega, 2015), estando as demandas de SM incluídas em suas atribuições e responsabilidades técnicas. A APS deve realizar rotineiramente a identificação precoce, o manejo e tratamento dos pacientes com PSM, o encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessário, além da prevenção e promoção de SM (Wenceslau; Ortega, 2015; WHO; WONCA, 2009a).

Considerando o potencial resolutivo da APS citado acima, compreende-se a resolutividade como “uma resposta satisfatória do serviço à pessoa que busca atendimento para sua saúde” (Rotoli *et al.*, 2019, p. 2) estando associada a capacidade de identificação e intervenção nos riscos, necessidades e demandas de saúde do usuário, buscando a garantia do acesso aos serviços e atenção às necessidades bem como a solução das queixas trazidas pelos mesmos (Campos, 2016; Rotoli *et al.*, 2019). A resolutividade não está relacionada apenas a cura, mas ao alívio do sofrimento, e no caso da SM, está associada a capacidade dos profissionais compreenderem o contexto de vida do usuário, sua condição clínica, social, emocional, a severidade dos sintomas, a possibilidade ou não de manutenção do tratamento, com garantia de uma atenção integral, baseada numa rede ou linha de cuidado (Rotoli *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o papel da APS no campo da SM “é abordado em diversos documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS” (Wenceslau; Ortega, 2015, p. 1125). Ela tem grande relevância no cuidado aos pacientes em sofrimento psíquico por estar capilarizada no território e ser a porta de entrada dos serviços de saúde, além de trabalhar na perspectiva do estabelecimento de vínculo, do acolhimento, da longitudinalidade do cuidado, da co-responsabilização e da autonomia dos sujeitos (Brasil, 2013a). Por sua proximidade com as famílias e comunidades, se apresenta “como

um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (Brasil, 2005, p. 33), sendo apontada como locus fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual é instituída como estratégia de atenção à SM no âmbito do SUS (Brasil, 2011b, 2019a; Wenceslau; Ortega, 2015).

A RAPS, considerada uma rede temática e prioritária de cuidados em SM, foi instituída a partir da Portaria Ministerial nº 3.088/2011 (Brasil, 2011b). A portaria instituiu a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do SUS, e estabelece que os serviços de SM devem se organizar de acordo com a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) as quais se caracterizam como um “sistema integrado que opera de forma contínua, proativa e voltado para as condições agudas e crônicas de saúde/doença” (Lima; Guimarães, 2019, p. 884). Inicialmente, a RAPS era constituída pelos componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial. Posteriormente, após a publicação de nova portaria (Brasil, 2017b) e nota técnica (Brasil, 2019a), novos serviços foram incorporados: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital dia e CAPS AD IV, além de mudanças significativas referentes às formas de financiamento das ações e serviços.

A APS, além de ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro é também coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços em todo o sistema. Apesar de na portaria que instituiu a RAPS ela poder dividir a coordenação da rede com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), seu papel e centralidade são inegáveis. Macedo *et al.* (2017) em estudo acerca da regionalização da SM no país, identificaram déficits importantes quanto a presença de equipes de CAPS e NASF, especialmente em municípios de pequeno porte, demonstrando a existência de vazios assistenciais em SM em certas regiões do país, principalmente as mais interioranas ou fronteiriças, que com exceção de alguns dispositivos da APS, não contam com nenhum outro ponto de atenção na RAPS.

Assim sendo, a APS tem papel fundamental na construção da RAPS, pois a partir da atuação territorial e facilidade de acesso às famílias, as equipes que desenvolvem suas

atividades nesse cenário conseguem atuar nos diversos lugares onde os usuários estão inseridos, identificando os laços significativos entre eles, estabelecendo vínculos e corresponsabilidade com a população, articulando assim possibilidades de saúde norteados pelo contexto familiar e cultural do lugar (Moura *et al.*, 2016; Zanella *et al.*, 2016).

A APS é identificada preferencialmente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui de um esquema organizativo que oferece cuidado generalista a coortes de usuários territorializados, tendo seus conceitos, valores e diretrizes apoiados na perspectiva ampliada de saúde (Tesser, 2006a), “de determinação social do processo saúde-doença, de promoção da saúde, empoderamento individual e coletivo, sustentabilidade, intersetorialidade, participação popular, dentre outros atributos, que apontam para uma direção desmedicalizante” (Alfena, 2015, p. 6). Nesse sentido a inclusão de ações de SM na ESF tem potencial para ampliação do controle social, para o resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários do sistema, além do fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista (Brêda *et al.*, 2005; Silveira; Vieira, 2009) para um modelo pautado no ideário sanitarista e da reforma psiquiátrica.

Contudo, nem sempre isso acontece. Alguns autores têm identificado fragilidades, dificuldades e contradições na operacionalização das políticas de SM no país. Em muitos serviços ainda há: a verticalização das ações, o que acaba reforçando seu caráter prescritivo e autoritário e dificultando a “adequação da assistência às realidades locais” (Brêda *et al.*, 2005, p. 451); persiste ainda o despreparo dos profissionais para lidar com questões relacionadas ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; além da tendência à medicalização dos sintomas; do encaminhamento indiscriminado dos usuários para os serviços especializados e da dificuldade do estabelecimento efetivo de serviços de referência e contrarreferência (Brêda *et al.*, 2005; Frateschi; Cardoso, 2014; Silveira; Vieira, 2009).

Diante dessa realidade, a fim de aumentar o grau de resolubilidade da equipe local, ampliar a atuação da ESF e oferecer suporte técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais da Equipe de Saúde da Família, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que a partir da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, passou a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

(NASF-AB) (Alvarez; Vieira; Almeida, 2019; Brasil, 2010a, 2017b; Frateschi; Cardoso, 2014).

Os NASFs são equipes multiprofissionais e interdisciplinares, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) “compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na AB, que ampliem o seu escopo de ofertas” (Brasil, 2011a, 2014c, p. 17, 2017a).

O referencial teórico-metodológico do apoio matricial, se caracteriza como uma abordagem interdisciplinar e colaborativa, onde um profissional especializado, através de discussão de caso e/ou atendimento conjunto com a equipe de referência busca delinear um plano terapêutico. Sua proposta democrática e dialógica, considera os diversos atores sociais em relações horizontalizadas, buscando articulações com a rede intersetorial e a superação de uma lógica compartimentalizada de referência e contra-referência (Fortes; Ballester, 2012; Fortes *et al.*, 2011; Gryscek; Pinto, 2015; Onocko-Campos *et al.*, 2011; Sousa *et al.*, 2011; Telessaúde, 2018)

Porém de acordo com Alvarez, Vieira e Almeida (2019) existem ainda alguns desafios na articulação NASF - SM - APS. Para os autores parece haver, pelo menos na região Sudeste do Brasil, dificuldades de compreensão e realização do apoio matricial, com dificuldades comunicacionais e aproximativas entre equipes, o que acaba dificultando o exercício da interdisciplinaridade. Percebe-se desse modo, que os “profissionais de saúde ainda são formados, hegemonicamente, a partir do paradigma biomédico, e que investimentos em educação em saúde e recursos não medicalizantes se mostram limitados” (Miranda, 2018, p. 840; Tesser; Neto; Campos, 2010). Nesse sentido, estratégias desmedicalizantes ou potencialmente minimizadoras da medicalização na APS, apesar de relativamente escassas, são valiosas e necessitam de visibilidade a fim de diminuir o possível poder medicalizante da APS, evitando assim que ela acabe sendo capturada por esse tipo de práxis (Tesser, 2006b). Essas estratégias, tornaram-se ainda mais importantes, na medida em que a própria modalidade de apoio matricial, possibilitada pelas ações desenvolvidas pelo NASF em parceria com as equipes da APS sofreu um duro golpe. Em 2020, Ministério da Saúde (MS) consolidou mais um grave

retrocesso na Política Nacional da Atenção Básica com sérias repercussões na Política de Saúde Mental. A partir da publicação da nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS (Brasil, 2020a), revogou as normativas que definiam os parâmetros e custeio do NASF-AB, modificou a composição das equipes multiprofissionais, permitindo aos gestores municipais autonomia para compor e definir os profissionais, a carga horária e os arranjos das equipes, além do instituir o fim do credenciamento de novos NASFs, com o arquivamento de todas as solicitações que já haviam sido enviadas à pasta. Na prática, essa nota técnica parece representar a extinção do NASF, o que além de atentar contra os princípios e as diretrizes do SUS, parece comprometer a assistência à saúde de maneira geral, agravando substancialmente as lacunas assistenciais no campo da SM (Pereira; Amorim; Gondim, 2020). Isso pode ser observado no estudo longitudinal de Nobre *et al.* (2023), onde os autores por meio da análise dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do período de 2018 a 2022, buscando identificar como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa, encontraram uma redução de 17,2% no número de equipes NASF, sendo a categoria SM (psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras) a mais afetada com redução de 27% dos vínculos profissionais ligados ao programa, o que impacta na assistência à SM ofertada.

Contudo, recentemente, já em nova gestão federal, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 635/2023 (Brasil, 2023), que institui o financiamento federal para a implementação de equipes multiprofissionais (eMulti) na APS (Silva; Oliver, 2023; Stertz, 2023). Nesse novo modelo substitutivo ao Nasf, parece que o cuidado em SM poderá ser novamente privilegiado, na medida em que a psicologia aparece como categoria profissional fixa nas três modalidades oferecidas, a saber: eMulti Ampliada; eMulti Complementar e eMulti Estratégica, juntamente com a nutrição. Já nas demais categorias possíveis, observa-se que na categoria eMulti Ampliada aparece a possibilidade de médico acupunturista, na eMulti Complementar aparece médico homeopata e na eMulti Estratégica aparecem médico psiquiatra e sanitaria. Entre as atribuições das equipes emulti parece ter havido uma ampliação de seu escopo de atividades em comparação com o Nasf. O apoio matricial e as discussões de casos se apresentam como atribuições, além de atendimento compartilhado entre profissionais e equipe, construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território, atividades coletivas, atendimento individual e domiciliar, oferta de ações de saúde à

distância bem como práticas intersetoriais. Apesar dessa ampliação, não foram encontrados relatos na literatura sobre as repercussões dessa mudança no campo da assistência à SM.

### 3.4 Força de trabalho em SM e sua importância para o cuidado

A classificação da força de trabalho em SM varia de acordo com os autores que abordam o tema. Internacionalmente Kakuma *et al.* (2011) dividem a força de trabalho em SM em três grupos de indivíduos. O primeiro seria composto por trabalhadores especializados, como psiquiatras, neurologistas, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais especializados em SM. O segundo grupo seria formado por profissionais de saúde não especializados, como médicos, enfermeiros e profissionais de saúde leigos. Já no terceiro grupo, outros profissionais fora do setor saúde seriam incluídos, como professores e trabalhadores da comunidade. Esse terceiro grupo, é bastante semelhante com o conceito de prestador não especializado (nonspecialist provider), definido como qualquer pessoa que ofereça ou pretenda prestar assistência em SM, mas não tenha recebido treinamento clínico profissional especializado em um campo estreitamente relacionado à SM (Ginneken *et al.*, 2013; Singla *et al.*, 2017). Pode incluir, mas não está limitado a voluntários de saúde da comunidade, parteiras, equipe de saúde auxiliar, professores, médicos e enfermeiros da atenção primária e pessoas sem uma função de serviço profissional. Diferentemente de Kakuma (2011), no conceito de prestador não especializado estão incluídos também os profissionais de saúde não especializados como médicos e enfermeiros.

Dessa forma, considerando as variações existentes na classificação da força de trabalho em SM, bem como a especificidade inerente ao campo da APS e o escopo deste estudo, no presente trabalho, a força de trabalho foi dividida em: profissionais de saúde especializados em SM, profissionais de saúde não especializados em SM e prestadores não especializados em SM conforme figura 1, com foco maior nos profissionais de saúde não especializados a saber: médicos e enfermeiros.

Figura 1: Força de trabalho em SM

<b>Profissionais de saúde especializados em SM</b>	<b>Profissionais de saúde não especializados SM</b>	<b>Prestadores não especializados em SM</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psiquiatras,</li> <li>• Neurologistas,</li> <li>• Psicólogos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos e enfermeiros da APS,</li> <li>• Demais profissionais (técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntários de saúde,</li> <li>• Trabalhadores/moradores e lideranças da comunidade,</li> <li>• Parteiras.</li> </ul>

Fonte: Desenvolvido pelos pesquisadores.

Evidências encontradas em revisão de literatura (que contou com 63 estudos de diversas partes do mundo) a respeito dos recursos humanos na área de SM apontam que os cuidados em SM podem ser prestados de maneira eficaz no contexto da APS, por meio de programas comunitários e abordagens de compartilhamento de tarefas, nas quais profissionais de saúde não especializados mas com breve treinamento e supervisão adequada por especialistas em SM podem ser capazes de detectar, diagnosticar, tratar e monitorar indivíduos com PSM. Na maioria dos estudos analisados os profissionais de saúde especializados forneceram treinamentos eficazes a curto prazo, supervisão e monitoramento para profissionais de saúde e prestadores não especializados, permitindo a detecção de PSM, encaminhamentos, tratamento, psicoeducação e acompanhamento, com resultados bastante positivos para os pacientes, em processo semelhante ao que no Brasil chamamos de apoio matricial, e já foi apresentado anteriormente no capítulo 3.3 (Kakuma *et al.*, 2011; Raviola *et al.*, 2019).

Contudo, em relação a inserção de profissionais de saúde especializados em SM na APS, a literatura tem demonstrado que a presença destes profissionais ainda é um desafio para grande parte dos países do mundo, apesar de ser um importante aliado no cuidado dos pacientes com PSM, especialmente de TMCs, como ansiedade e depressão, impactando positivamente em diversos indicadores.

Ricou *et al.* (2019) em estudo sobre o impacto de consultas psicológicas no número de consultas médicas em um serviço de APS, constataram que houve diminuição significativa no número de consultas médicas no período subsequente à primeira consulta psicológica. Os autores, assim como outros, demonstraram que a presença de psicólogos nas equipes multidisciplinares (García-sancho *et al.*, 2018; Stein *et al.*, 2012), bem como a utilização de intervenções psicológicas na APS são estratégias importantes e efetivas para o cuidado em SM nesse nível de atenção, visto que além de diminuir o número de

consultas e conseqüentemente a carga de trabalho dos clínicos gerais (Carlson; Bultz, 2003; Harkness; Bower, 2009; Hespanhol; Veiga; Ricou, 2005), parecem promover redução no número de prescrições médicas e consumo de drogas psicotrópicas (García-sancho *et al.*, 2018; Harkness; Bower, 2009; Regalado *et al.*, 2017), aumentando o bem-estar dos pacientes (Layard *et al.*, 2007; Pirkis *et al.*, 2011; WHO; WONCA, 2009a) e auxiliando na redução de gastos relacionados à SM (Carlson; Bultz, 2003; García-sancho *et al.*, 2018; Heuzenroeder *et al.*, 2004; Hunsley, 2002b, 2002a; Hunsley; Elliott; Therrien, 2013; Layard *et al.*, 2007; Myhr; Payne, 2006; OPP, 2016; Pirkis *et al.*, 2011; Vasiliadis *et al.*, 2017; WHO; WONCA, 2009a; Wiles *et al.*, 2014).

O estudo de Heuzenroeder *et al.* (2004) buscando analisar a custo-efetividade de intervenções psicológicas e farmacológicas para transtornos de ansiedade, identificou que intervenções psicológicas resultam em um benefício total à saúde maior do que as intervenções medicamentosas, sendo mais eficazes e econômicas que o uso de psicofármacos. Os resultados e conclusões do estudo australiano apontam a importância de mudanças nas políticas públicas de saúde a fim de permitir acesso mais amplo a um número suficiente de psicoterapeutas treinados para o tratamento de transtornos de ansiedade e outros PSM.

Da mesma forma, no Reino Unido, as recomendações técnicas do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) orientam a oferta de intervenções psicológicas baseadas em evidências para pessoas sofrem de problemas de ansiedade ou depressão. Entretanto, por disponibilidade insuficiente de profissionais especializados no Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS), estimativas apontam que apenas cerca de um quarto dessas pessoas estariam em tratamento para os respectivos transtornos (Layard *et al.*, 2007). Diante disso, buscando estimar os custos e benefícios econômicos do fornecimento de terapia psicológica para quem ainda não estava em tratamento, Layard *et al.* (2007) constataram que o custo para a contratação de cerca de 8.000 psicólogos extras no NHS ao longo de seis anos, seria totalmente coberto pela economia em benefícios por incapacidade e impostos extras no período de dois anos. Os autores evidenciam em seu trabalho que além do baixo custo da psicoterapia e dos custos serem recuperados em um curto período de tempo, as intervenções psicológicas apresentam taxas de recuperação muito altas, chegando a cerca de 50%.

Da mesma forma, estudo conduzido por Dezetter (2013) sobre custos e benefícios para melhorar o acesso às psicoterapias para tratamento de PSM demonstra que o

financiamento de psicoterapias é um investimento rentável tanto a curto, quanto a longo prazo. Os autores apontam que para cada dólar investido em psicoterapia, seriam economizados cerca de 1,95 (1,30-2,60) em transtornos depressivos e 1,14 (0,76-1,52) para transtornos de ansiedade. Colocando em perspectiva, qualquer relação benefício/custo superior a 1 justifica o investimento.

Estudo canadense que estimou os custos e efeitos associados ao aumento do acesso a serviços psicológicos financiados publicamente para depressão via sistema público de saúde, constatou que cada dólar investido na cobertura de serviços psicológicos renderia o dobro em economia para a sociedade, e que o investimento necessário para manutenção de serviços psicológicos para indivíduos com necessidades não atendidas de assistência à SM se auto pagaria nesse período, além de levar a uma prevalência significativamente menor de internações durante a vida, de tentativas de suicídio e de suicídios, com um ganho por pessoa de 0.17 anos de vida ajustados pela qualidade e economia média de custos societários de cerca de US \$ 2.590 CAD por pessoa (Vasiliadis *et al.*, 2017).

Comumente os estudos de custo-efetividade costumam restringir-se a uma consideração dos custos específicos de implementação e dos resultados de saúde de uma intervenção, e geralmente não se estendem a uma estimativa completa do valor socioeconômico mais amplo do investimento em inovação em SM e ampliação de serviços. O mais abrangente e recente estudo encontrado sobre o tema corresponde ao estudo de análise global sobre o efeito do tratamento ampliado de transtornos de depressão e ansiedade nos resultados econômicos, sociais e de saúde realizado por Chisholm *et al.* (2016). Este estudo realizou uma revisão sistemática de estudos publicados até 2015 sobre o tratamento da depressão e dos transtornos de ansiedade, calculando os custos e benefícios associados à sua implementação em 36 países, os quais representam 80% da população mundial e da carga global de transtornos de depressão e ansiedade, no período de 2016–30 (Chisholm *et al.*, 2016).

Os resultados encontrados apontam que na ausência de tratamento ampliado para depressão e ansiedade, projeta-se um custo estimado de US \$ 925 bilhões, com mais de 12 bilhões de dias de perda de produtividade (equivalente a mais de 50 milhões de anos de trabalho). Por outro lado, como resultado de casos tratados da doença, tem-se a diminuição gradual na prevalência estimada dos respectivos transtornos, com cerca de 73

milhões de casos evitados de depressão e 45 milhões de casos a menos de ansiedade nos próximos 15 anos (Chisholm *et al.*, 2016).

O valor do investimento necessário no período de 2016 a 30 para aumentar de maneira eficaz a cobertura do tratamento para transtornos de depressão e ansiedade é estimado em US \$ 147 bilhões. Contudo, os retornos esperados para este investimento também são significativos. Em termos de impacto na saúde, o tratamento ampliado levaria a 43 milhões de anos extras de vida saudável, o que produz um valor de US \$ 310 bilhões. Além disso, o tratamento ampliado também levaria a grandes ganhos de produtividade econômica chegando a US \$ 230 bilhões para o tratamento de depressão e US \$ 169 bilhões para transtornos de ansiedade. Dessa forma,

“os resultados da análise sugerem que os benefícios monetizados de melhores resultados em saúde e força de trabalho superam os custos de alcançá-los em 2,3 – 3,0 a 1 quando apenas os benefícios econômicos são considerados, e 3,3 – 5,7 a 1 quando o valor dos retornos de saúde também está incluído” (Chisholm *et al.*, 2016, p. 416).

As intervenções psicológicas para tratamento de PSM, especialmente ansiedade e depressão normalmente são realizadas por psicólogos clínicos. Porém no campo da APS, podem ser realizadas também por outros profissionais de saúde não especializados como enfermeiros, médicos clínicos gerais ou até pelos agentes comunitários de saúde, desde que estes tenham suporte e treinamento adequados (Cuijpers *et al.*, 2019a; Kakuma *et al.*, 2011).

Nesse sentido, as ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde não especializados em SM costumam diferir de acordo com a formação, atribuições e nível de treinamento dos profissionais. Por exemplo, os médicos da APS comumente estão envolvidos na identificação, diagnóstico, tratamento e encaminhamento dos casos de SM. As enfermeiras e outros profissionais de saúde costumam fazer o acompanhamento dos casos, desenvolvendo ações de prevenção, educação e promoção de SM. Já os agentes comunitários de saúde podem ajudar na e detecção dos PSM, prestando apoio aos indivíduos afetados e cuidadores, contribuindo para a aderência ao tratamento, entre outros. Contudo, com exceção da prescrição de tratamento psicofarmacológico, que é uma prática privativa da classe médica, as demais atividades de cuidado em SM podem ser realizadas por todos os membros da equipe, especialmente no que tange o acolhimento e escuta qualificada dos usuários (Brasil, 2013a; Kakuma *et al.*, 2011; Zanella *et al.*, 2016). Apesar disso, considerando a ainda persistente hegemonia do saber biomédico, pautada pela perspectiva da psiquiatria hegemônica/biológica, mesmo em modelos de

cuidado baseados na atenção psicossocial, que deveria ser o horizonte a ser alcançado, grande parte do cuidado e tratamento em SM na APS acaba sendo realizado pelos médicos das equipes de cuidados primários (Brasil, 2013a; Frosi; Tesser, 2015; Nordon; Hübner, 2009; Oliveira, 2018; Prado; Francisco; Barros, 2017; Quintana *et al.*, 2013; Rijswijk *et al.*, 2007). Estes, especialmente no contexto nacional, seguindo as orientações de “*guidelines*” sobre o tratamento de transtornos mentais e comportamentais, os quais recomendam majoritariamente o uso de estratégias farmacológicas, e, associado a uma série de fatores como falta tempo, de treinamento e formação, de disponibilidade de outros recursos terapêuticos na unidade de saúde e demais dispositivos da rede, entre outros elementos, acabam encontrando na prescrição de psicofármacos uma estratégia de cuidado rápida, social e “cientificamente” aceitável (APA, 2010; Barbui; Tansella, 2005; Bauer *et al.*, 2017; Borges *et al.*, 2015; Dybwad *et al.*, 1997; Fraser *et al.*, 2013; Hedenrud; Svensson; Wallerstedt, 2013; Jakobsen; Kirsch, 2019; Nordon; Hübner, 2009; Onocko-Campos *et al.*, 2011, 2013; Rosa *et al.*, 2012; Sirdifield *et al.*, 2013; Torres *et al.*, 2014).

Frosi e Tesser (2015, p. 3153) em pesquisa analisando o conjunto de práticas assistenciais em SM na APS de uma das capitais do Brasil, identificaram que as equipes de ESF, têm incorporado um conjunto de ações em SM “ainda marcadas por uma divisão do trabalho que mantém os profissionais de enfermagem e ACS voltados ao acesso e monitoramento dos casos enquanto o acompanhamento e tratamento ficam a cargo dos médicos”. Nessa pesquisa, a oferta de atenção à SM foi sistematizada em 4 eixos: intervenções farmacológicas, pela palavra, sociocomunitárias e através do corpo. Os autores identificaram a predominância das intervenções farmacológicas e médico centradas em detrimento das demais modalidades de intervenção, o que evidencia certa dificuldade na realização de ações de atenção que valorizam a singularidade, o desenvolvimento da autonomia dos usuários, bem como uso dos recursos comunitários disponíveis. Desse modo, recomendam nas suas considerações finais que os profissionais fomentem e incentivem a participação e empoderamento dos usuários em seu processo de cuidado, com a priorização “de estratégias não farmacológicas de tratamento”, bem como o incremento de “ações que possibilitem interferir no processo de cronificação dos tratamentos farmacológicos, monitorando os períodos de utilização desses medicamentos” (Frosi; Tesser, 2015, p. 3159).

Assim sendo, pode-se perceber que as demandas de SM são imensas e desafiadoras e o cuidado em SM precisa ser repensado a partir de uma perspectiva não medicalizante. Nesse sentido algumas possibilidades têm sido apontadas pela literatura e são apresentadas a seguir.

### 3.5 Boas práticas de cuidado em saúde mental na APS

Diversos tipos de intervenções não farmacológicas têm sido utilizados no tratamento de PSM na APS. Entretanto grandes disparidades e lacunas foram identificadas na descrição das intervenções referentes aos cuidados em SM. De acordo com Castelpietra et al. (2017, p. 1) faltam definições operacionais e uma espécie de glossário descritivo de cada intervenção, o que favorece que as classificações específicas de intervenções em SM encontrem “muitos problemas para sua integração em uma classificação geral de intervenções”, gerando assim, em muitos casos, variações locais no uso dessas classificações e problemas na confiabilidade e comparabilidade das mesmas.

Além disso, há um desequilíbrio encontrado na classificação das intervenções em SM, quando comparado a outras áreas da saúde. Isso pode se dar em decorrência da complexidade e ambiguidade dessas intervenções em comparação com outras intervenções observáveis, como intervenções cirúrgicas ou de reabilitação física por exemplo, que podem ser altamente complicadas, mas não tão complexas. “Uma intervenção complexa pode ser definida como contendo vários componentes em interação, cujos diferentes comportamentos, grupos ou níveis organizacionais, número e variabilidade de resultados determinam o grau de complexidade” (Craig *et al.*, 2008, p. 2). Desse modo, a APS por excelência é um locus privilegiado para o desenvolvimento de intervenções complexas, na medida em que os resultados em saúde nesse cenário costumam ser altamente dependentes do contexto, das interações e relações estabelecidas entre os diversos setores, níveis e indivíduos. Da mesma forma, os cuidados em SM (especialmente na APS) também pressupõem a realização de intervenções complexas pelos mesmos motivos, o que pode estar dificultando uma classificação mais unificada (Bird *et al.*, 2014; Castelpietra *et al.*, 2017; Craig *et al.*, 2008; Lau *et al.*, 2015).

Nesse sentido, Castelpietra *et al.* (2017, p. 1) destacam a “importância da desambiguação taxonômica e da comparabilidade internacional no desenvolvimento e implementação de classificações de intervenções em cuidados mentais”. Entretanto,

apesar dos esforços empreendidos em âmbito internacional buscando sistematizar o processo de assistência em SM, que em comparação com o cenário brasileiro parecem apresentar protocolos melhor definidos para execução de estratégias breves e estruturadas de cuidado em SM conforme Menezes (2012; 2013), não houveram avanços significativos nessa área.

Corroborando com os autores supracitados, porém em diferente contexto, a revisão narrativa buscando analisar o estado da arte sobre o sobrediagnóstico e sobretratamento no campo da SM também chegou à conclusão de que a variação da terminologia e a dificuldade da objetivação na SM pode contribuir para tornar esse cenário mais propenso ao sobrediagnóstico (López-Rodríguez, 2018).

Dessa forma, na presente tese, buscamos fazer uma divisão e categorização didática das intervenções não farmacológicas em SM consideradas congruentes com as BP em SM na APS (termo já contextualizado e descrito na introdução da tese), considerando a sobreposição de técnicas e nomenclaturas encontradas na literatura. Propomos uma classificação semântica própria para tais práticas de cuidado, especialmente para as intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas, as quais abarcam intervenções psicológicas e psicossociais, dadas as sobreposições de técnicas observadas.

### 3.5.1 Intervenções baseadas em técnicas psicológicas

O conhecimento acumulado de décadas de pesquisa apoia a eficácia de abordagens breves baseadas em técnicas psicológicas no tratamento de condições de SM, onde especialmente em relação aos transtornos depressivos e de ansiedade, os cuidados psicológicos estão entre as intervenções de SM mais eficazes para o tratamento desses quadros (Butler *et al.*, 2006; Hofmann *et al.*, 2012; Hofmann; Smits, 2008; Patel *et al.*, 2016; Sawchuk; Craner, 2017; Singla *et al.*, 2017; WHO, 2015).

Conforme apontado pela literatura, as intervenções de cunho psicológico são pelo menos tão, ou até mais eficazes que o uso medicamentos (Bortolotti *et al.*, 2008; Cuijpers *et al.*, 2013; Heuzenroeder *et al.*, 2004), com efeitos comparáveis aos dos psicofármacos a curto prazo e mais vantajosas em promover ganhos de tratamento a longo prazo (Cuijpers *et al.*, 2019a; Karyotaki *et al.*, 2016), aumentando a auto-eficácia (Sawchuk; Craner, 2017) e apresentando maior sustentabilidade no sentido de melhoria

compensatória das estratégias de enfrentamento (Schauenburg; Bschor, 2013). Parecem também ser mais eficazes que placebos (Hofmann; Smits, 2008), apresentam menos efeitos colaterais somáticos e adversos, bem como desvantagens como dependência e cronicidade (NICE, 2022; Sawchuk; Craner, 2017), apresentam maior efeito duradouro e maior aceitabilidade, adesão e satisfação pelos pacientes quando comparadas às terapias farmacológicas (Cuijpers *et al.*, 2019a; Mark; How; Ping, 2017; Stein *et al.*, 2012), além de serem consideradas como tratamento de primeira linha para tratamento de depressão leve e moderada, para os TMCs e para pacientes jovens de 16 a 24 anos (CMH) (Brijnath *et al.*, 2017; NICE, 2022).

Por esses motivos, a possibilidade de adaptação de intervenções psicológicas baseadas em evidência para o cenário da APS é uma excelente aposta para diminuir o ônus dos PSM, aumentar a resolutividade das equipes e melhorar a qualidade de vida dos usuários (Sawchuk; Craner, 2017; Schauenburg; Bschor, 2013; Singla *et al.*, 2017; Stein *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2007).

Entretanto, o acesso a essas intervenções permanece desafiador e pouco acessível para grande parte das populações na maioria dos países do mundo. Estudos apontam que menos da metade dos indivíduos com transtornos de ansiedade e depressão recebem algum tipo de tratamento para sua condição de SM, com apenas uma minoria desses pacientes recebendo tratamento baseado em evidências. Isso é particularmente preocupante nos países de baixa e média renda (LMICs), em que a cobertura da intervenção para TMC por exemplo, é estimada em 7% a 28%, resultando em uma lacuna de tratamento de até 93% (Chisholm *et al.*, 2016; Sawchuk; Craner, 2017; Singla *et al.*, 2017; Stein *et al.*, 2012). Mesmo com pouco acesso e baixa cobertura de tratamento para os PSM é na APS onde ocorre grande parte do gerenciamento das condições de SM e a maioria dos pacientes recebe seus cuidados.

Nesse sentido, as intervenções que melhor foram examinadas no contexto de cuidados primários e que são recomendadas pelas diretrizes clínicas no manejo de PSM, especialmente sintomas depressivos e ansiosos leves correspondem as intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas de: terapia de solução de problemas (TRP) (Gureje *et al.*, 2019; Huibers *et al.*, 2007; Ola; Atilola, 2019), terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Linde *et al.*, 2015; Santoft *et al.*, 2019; Shepardson *et al.*, 2018; Twomey; O'Reilly; Byrne, 2015), terapia comportamental de ativação (BAT) (Ekers *et al.*, 2014; NICE, 2022; Ramanuj; Ferenchick; Pincus, 2022), psicoterapia interpessoal

(TPI) (Cuijpers *et al.*, 2016; Mattos *et al.*, 2022; NICE, 2022), aconselhamento não-diretivo (Bower *et al.*, 2011; Hagen; Wong-Wylie; Pijl-Zieber, 2010; Ramanuj; Ferenchick; Pincus, 2022), e mindfulness (Demarzo *et al.*, 2015; NHS, 2024; NICE, 2022; Ramanuj; Ferenchick; Pincus, 2022; Semple; Burke, 2019; Teixeira *et al.*, 2024), terapias psicodinâmicas breves (Di Salvo *et al.*, 2022; NICE, 2022) entre outros (Cuijpers *et al.*, 2019a).

Além disso, existem muitos outros tipos de intervenções, que às vezes são usados nos cuidados de SM, mas ainda não foram testados extensivamente nos serviços de APS e incluem terapia de revisão da vida e TCC baseada na atenção plena entre outros (Cuijpers *et al.*, 2019b).

De maneira mais abrangente, a revisão sistemática com meta-análise de Barbui *et al.* (2020), buscando avaliar a força e a credibilidade das evidências sobre a eficácia de intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas para vários resultados de SM, demonstrou, entre outros achados, a existência de suporte mais robusto para a eficácia dessas intervenções em adultos com depressão, com força de associação altamente sugestiva para terapia cognitivo-comportamental e terapia interpessoal. Os resultados sugerem o benefício das intervenções baseadas em técnicas psicológicas em vários resultados de SM em países de baixa e média renda, apesar da variabilidade da força das associações e da credibilidade das evidências nos 123 estudos analisados (Lovero; Giusto; Wainberg, 2020).

Além disso, em relação à terapia de resolução de problemas, o ensaio clínico randomizado em cluster realizado em clínicas de APS da Nigéria por (Gureje *et al.*, 2019) com pacientes com sintomas moderados e graves de depressão, dividiu os participantes em dois grupos: um grupo de intervenção onde os pacientes receberam oito sessões de terapia individual de resolução de problemas (com mais duas a quatro sessões extras, se necessário fosse), mais cuidado usual aprimorado, e um grupo de controle, no qual os pacientes receberam apenas cuidado usual aprimorado. O estudo demonstrou que apesar dos resultados apontarem que a remissão da doença e índice de mortalidade foram semelhantes em ambos os grupos, observou-se que no grupo intervenção, a prescrição de antidepressivos foi menos frequente em comparação com o grupo controle (13% vs 32%), o que parece demonstrar que a incorporação da terapia de solução de problemas, “pode reduzir potencialmente a necessidade e a prescrição de antidepressivos em ambientes de atenção primária, sem comprometer a eficácia” (Ola; Atilola, 2019, p. 2).

De maneira semelhante, Bower *et al.* (2011), em estudo de revisão sistemática e meta-análise sobre aconselhamento para SM e problemas psicossociais na APS, demonstraram que o aconselhamento está associado a uma eficácia clínica significativamente maior nos resultados de SM de curto prazo em comparação com o tratamento usual, além de proporcionar altos níveis de satisfação nos participantes que receberam essa modalidade de intervenção. Ainda sobre o aconselhamento, Hagen *et al.* (2010) em revisão crítica da literatura comparando a eficácia de antidepressivos e aconselhamento para adultos com depressão, sugerem ao final do estudo, que considerando uma série de variáveis, o aconselhamento deveria ser o primeiro tratamento de escolha para a grande parte das pessoas com depressão.

Especificamente no contexto da APS, Demarzo *et al.* (2015), em revisão sistemática e meta-análise buscando investigar o impacto das intervenções baseadas em *mindfulness* em pacientes acompanhados na APS, demonstraram que essas intervenções têm se mostrado custo-efetivas para pessoas com sintomas de ansiedade e depressão, apresentando resultados promissores para o contexto assistencial da APS, principalmente na promoção da SM e qualidade de vida.

Assim sendo, apesar da necessidade de mais pesquisas para melhorar a base de evidências sobre o assunto, parece haver indícios de efeitos positivos e resultados promissores das intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas não apenas para melhorias dos problemas de SM abordados em contextos de cuidados primários, mas também na ampliação da humanização do cuidado e diminuição do processo de medicalização social e iatrogenias (WHO; WONCA, 2009a).

### 3.5.2 Intervenções Sociais

O termo “intervenção social” parece ainda não ter sido claramente definido na literatura em saúde pública e coletiva. Uma de suas definições é a proposta por Nagy e Moore (2017, p. 132), que considera uma intervenção social como “uma intervenção que promove a interação no nível interpessoal, visando o capital social e o apoio social dentro de grupos ou comunidades”. Essa definição se baseia principalmente na Teoria Ecológica Social de Stokos (1996) e na estrutura dos Determinantes Sociais da Saúde Mental de Lund *et al.* (2013). Esta última, descreve seis classes de determinantes sociais da saúde mental

(biológico, social, demográfico, econômico, eventos ambientais e vizinhança), onde cada uma delas é dividida em características proximais e distais, e, teoriza que as intervenções que abordam esses determinantes sociais da SM têm o potencial de impactar positivamente o bem-estar mental dos indivíduos e populações (Nagy; Moore, 2017).

Patel *et al.* (2016) também propõe uma categorização dos determinantes sociais da SM bastante semelhante a estrutura proposta por Lund *et al.* (2013). Para os autores, eles podem ser divididos entre: Fatores demográficos, como idade, sexo e etnia; Status socioeconômico: baixa renda, desemprego, desigualdade de renda, baixa, educação, baixo apoio social; Fatores de vizinhança: moradia inadequada, superlotação, violência no bairro; Eventos ambientais: desastres naturais, guerra, conflito, mudança climática e migração e Mudança social associada a mudanças na renda, urbanização e meio ambiente degradação.

Dessa forma, ainda que a relação entre os determinantes sociais e a SM seja bem estabelecida, o social ainda permanece sendo o menos evidenciado na tríade biopsicossocial quando se trata de intervenções baseadas em evidências, uma vez que as evidências sobre intervenções sociais ainda não são substanciais ou amplamente reconhecidas para se obter destaque nas orientações clínicas e nas recomendações das diretrizes. Um dos possíveis e talvez o principal motivo para essa lacuna de evidência é que “a gama de alvos potenciais para intervenções sociais é assustadoramente ampla e se estende muito além dos serviços de SM, abrangendo os níveis individual, familiar, comunitário e social”, sendo as respostas mais óbvias aos determinantes sociais da SM, como pobreza e desigualdade, de natureza política (Johnson, 2017, p. 245).

Apesar da existência de poucas intervenções bem especificadas, estruturadas e baseadas em evidências, formas de ajuda focadas no social há muito tempo são oferecidas e desenvolvidas em diversos contextos, apresentando resultados interessantes, principalmente a partir do reconhecimento da importância para a SM de se intervir nos aspectos sócio-relacionais do ambiente dos indivíduos. Porém, em relação a essas intervenções de natureza "social", ainda permanece um quadro pouco claro sobre os tipos de intervenções correspondentes a essa categoria (Burgess *et al.*, 2020; Johnson, 2017).

Nesse sentido, existem intervenções precoces eficazes capazes de abordar o impacto cotidiano das forças sociais, econômicas e políticas sobre SM dos indivíduos, mitigando os efeitos negativos dos determinantes estruturais da SM, como pobreza, desigualdade e exclusão social. Essas intervenções podem ser em nível de país, bairro,

família e indivíduo, com potenciais focos incluindo dívidas, condições de emprego, moradia, níveis de violência e coesão social, educação, relação pais e filhos entre outros. Porém para isso, “é necessário iniciar e facilitar uma abordagem intersetorial e formar parcerias entre diferentes departamentos governamentais, organizações da sociedade civil e outras partes interessadas” (Wahlbeck *et al.*, 2017, p. 1). Essa estratégia, conhecida como “Saúde Mental em Todas as Políticas”, pode ser aplicada a todos os níveis de políticas públicas, desde políticas locais até supranacionais, tendo em vista que os determinantes sociais da SM penetram em vários níveis da sociedade, exigindo estratégias multiníveis (Burgess *et al.*, 2020; Johnson, 2017; Koh *et al.*, 2010).

Nesse sentido, de acordo com o ministério da saúde (Brasil, 2010b) a exposição a situações de risco, vulnerabilidade e/ou violência pode gerar problemas emocionais, sociais e cognitivos e impactar de maneira negativa no desenvolvimento de crianças e adolescentes, deixando-os mais vulneráveis a comportamentos de risco e aumentando o risco de desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais como ansiedade e depressão. Isso também é corroborado por Bontempo e Pereira (2012) e por Hildebrand *et al.* (2015) que em seu estudo demonstraram alta prevalência (65,5%) de PSM em crianças e adolescentes vítimas de violência e apontaram para a necessidade de intervenções efetivas e eficazes com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de transtornos ainda mais graves.

Revisão sistemática de literatura conduzida por Ribeiro *et al.* (2023, p. 2) buscando identificar “intervenções baseadas em evidências avaliadas em países de baixa e média renda para o tratamento de PSM de crianças e adolescentes e/ou sua prevenção (entre grupos de alto risco)”, identificaram que diversas intervenções se mostram eficazes apresentando resultados positivos nos 107 estudos analisados entre 2007 e 2019. As conclusões da revisão sugerem que intervenções psicoterapêuticas e não farmacológicas, bem como intervenções psicoeducativas como treinamento em inteligência emocional e programas de parentalidade positiva têm apresentado resultados promissores e devem ser priorizadas na formulação de políticas públicas de SM.

Além disso, estudos robustos internacionais de intervenções envolvendo crianças de todas as faixas etárias mostraram que melhorias nas habilidades parentais são recompensadas com a melhoria da SM e do bem-estar das crianças. Entretanto, fatores sociodemográficos e contextuais como pobreza, desemprego, moradia precária, baixa escolaridade dos pais, falta de espaços seguros para brincadeiras e recreação infantil

parecem ter efeitos sobre os resultados da intervenção, particularmente em termos de adesão e sucesso. Dessa forma, a fim de fornecer intervenções bem-sucedidas de apoio aos pais, em muitas situações pode ser necessária uma atenção adicional para reduzir as barreiras relacionadas aos fatores sociodemográficos (Gross *et al.*, 2009; Kelly, Y. *et al.*, 2011; Reyno; Mcgrath, 2006; Stewart-brown; Schrader-mcmillan, 2011; Wahlbeck *et al.*, 2017; Webster-stratton, 1998).

Uma das estratégias possíveis para tal pode ser o desenvolvimento de programas de visitas domiciliares direcionadas que forneçam aconselhamento, bem como intervenções específicas para fortalecer a interação pai-filho em famílias desfavorecidas e vulneráveis. Esses programas “emergem como intervenções altamente eficazes baseadas em evidências, com excelente custo-benefício”, apresentando efeitos benéficos importantes e duradouros sobre o desenvolvimento emocional das crianças, impactando na melhoria da capacidade de resposta parental, incluindo reduções significativas nos PSM dessas crianças e nos casos de abuso e negligência infantil (Barlow *et al.*, 2016; Cooper *et al.*, 2009; Olds, 2002; Olds *et al.*, 2014; Wahlbeck *et al.*, 2017, p. 4).

Além disso, intervenções desenvolvidas no contexto escolar, também demonstraram benefícios em termos de SM e resultados sociais e educacionais, com revisões sistemáticas apresentando boa qualidade em torno de programas de promoção de SM nas escolas (Adi, Y., Killoran, A., Janmohamed; Stewart-Brown, 2007; Tewart-Brown, 2006; Weare, 2011; Weare; Nind, 2011).

Outro tipo de intervenção que também foi bem-sucedida na redução das disparidades em SM, é a chamada intervenção habitacional. Efeitos benéficos à SM foram relatados tanto para programas de assistência de aluguel, que apoiam a realocação de pessoas desfavorecidas para áreas menos carenciadas, quanto para propostas de reforma ou realojamento, que buscam melhorar as condições físicas de moradia de famílias de baixa renda e, oferecer a pessoas com problemas psíquicos severos, especialmente pessoas em situação de rua, acesso e possibilidade de permanência em moradias adequadas. Nessa mesma linha, políticas de habitação e planejamento urbano, que promovam e melhorem o acesso a áreas verdes, espaços azuis urbanos<sup>9</sup> e espaços recreativos têm demonstrando a potencialidade desse tipo de intervenção na melhoria da

---

<sup>9</sup> O espaço azul urbano compreende todas as águas superficiais de uma cidade (Völker; Kistemann, 2015, p. 196).

qualidade de vida, bem-estar e a SM da população (Gibson *et al.*, 2011; Marshall *et al.*, 2014; Mitchell *et al.*, 2015; Thomson *et al.*, 2013; Völker; Kistemann, 2015).

Ainda, intervenções com foco no emprego e geração de renda (Axiotidou; Papakonstantinou, 2021; Evans; Repper, 2000; Marshall *et al.*, 2014; Martins, 2019; Thomson *et al.*, 2023), bem como na renda básica universal (Chen *et al.*, 2023; Gibson; Hearty; Craig, 2020; Painter, 2016; Wilson; McDaid, 2021) tem apresentado resultados importantes em termos de melhoria na SM e devem ser estimuladas pelos legisladores com formulação de políticas públicas intersetoriais.

Por fim, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) para se manter um alto nível de SM é imprescindível que uma sociedade respeite, proteja e garanta os direitos civis, políticos, socioeconômicos e culturais básicos de seus cidadãos, bem como a segurança e liberdade proporcionadas por esses direitos.

### 3.5.3 Práticas Integrativas e Complementares

A respeito das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), também conhecidas como Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) na literatura científica internacional das últimas décadas do século XX, diversos estudos têm demonstrado evidências de sua efetividade e bons resultados no tratamento de problemas e questões de SM, especialmente depressão e ansiedade. Várias pesquisas têm sido feitas, comparando algumas modalidades de PICs com placebo, ou opções medicamentosas. Contudo, em revisões sistemáticas e meta-análises, nem sempre o grau de evidência é alto, com rebaixamento da evidência em decorrência de alguns problemas metodológicos como tamanho pequeno das amostras, variabilidade na condução/execução e duração do tratamento, diversidade de instrumentos de avaliação, não seguimento das diretrizes e padrões consolidados para avaliação de revisões sistemáticas, entre outros (Goyatá *et al.*, 2016; Haller *et al.*, 2019). Embora haja limitações e críticas relativas à qualidade das evidências, é comum haver relativa convergência nos ensaios clínicos e revisões sistemáticas quanto à eficácia de várias destas práticas. Mas nem sempre é assim, havendo polêmicas e avaliações pouco baseadas em evidências correntes na literatura científica. Um problema comumente envolvido na avaliação e interpretação das evidências sobre eficácia de PICs é que a sua marginalidade institucional, sua estranheza em relação aos tratamentos convencionais, por vezes sua pouca plausibilidade biológica, seus

fundamentos cosmológicos e filosóficos comumente estranhos ao saber científico, tudo isso junto e aliado a conflitos de interesse de vários tipos têm dificultado a construção de consensos bem fundamentados sobre interpretações e avaliações das evidências disponíveis (Tesser, 2021).

Ainda outro problema na avaliação de eficácia de várias dessas PICs é que elas estão algumas vezes imersas em sistemas médicos complexos ou racionalidades médicas (Luz; Barros, 2012), cujas características de saber, concepções e técnicas são muito distintas da biomedicina. Nesses casos, há forte tendência no ambiente científico de se ignorar o conjunto da racionalidade médica estranha (na sua orientação sobre as práticas), e testar alguma técnica ou produto isolado, como se fosse um medicamento ou uma intervenção, do modo como este é usado e investigado na biomedicina (geralmente para sedação de sintomas ou tratamento de doenças). Por exemplo, um medicamento homeopático em determinada dose e potência é testado para uma doença em um ensaio clínico aleatorizado. A maioria das evidências sobre homeopatia é desse tipo, mas em geral se ignora que essas evidências pouco ou nada dizem sobre a homeopatia, mas apenas sobre o uso de determinado remédio homeopático como tratamento para certo problema clínico, ou seja, em uma lógica biomédica – e esse uso é diferente da técnica clínica de prescrição usada pelos homeopatas (clássicos ou hahnemannianos), o que faz muita diferença, segundo os homeopatas (Teixeira, 2006; Waisse, 2017).

Esse tipo de problema metodológico na produção e depois na interpretação das evidências é muito frequente e pouco reconhecido, pois decorre da dificuldade da comunidade científica de reconhecer e projetar crédito em saberes e técnicas não científicos, ou não oriundos ou coerentes com o saber científico mais amplamente aceito no momento. As pesquisas com PICs, embora tenham crescido muito nas últimas décadas, ainda são amplamente marginais no conjunto das pesquisas na área da saúde e sua presença é igualmente marginal nos sistemas públicos de saúde (Nissen *et al.*, 2013). Elas necessitam de uma pluralidade de abordagens científicas capazes de compreender e avaliar outros modos de saber e prática de forma não tão reducionista ou colonizadora, já que parcela importante dessa investigação tem sido na direção de desenvolvimento do próprio saber e técnica biomédicos, considerando todos os demais saberes/técnicas apenas como indícios empíricos de possibilidades e produtos e serem biomedicamente investigados e desenvolvidos (Luz; Barros, 2012; Motta; Marchiori, 2013; Tesser, 2009).

A abordagem científica das PICS inegavelmente se transformou: de terapias alternativas condenadas e estigmatizadas como charlatanice, há algumas décadas atrás, passaram a ser consideradas terapias complementares e depois integrativas - a serem integradas ao cuidado convencional, mas de forma restrita e controlada, apenas à luz de rigorosas evidências favoráveis. A investigação científica e a institucionalização das PICS têm sido lentas e pouco contribuem para o processo social em curso de alavancagem de uma pluralidade de cuidados, embora haja inegavelmente cada vez maior abertura para novas práticas. As pesquisas sociológicas mostram que o reconhecimento e a procura crescente nas últimas décadas pelas PICS deve-se muito mais às próprias populações dos países de alta renda, que as usam com e sem cuidado convencional biomédico, tendo sido a pesquisa científica induzida e forçada por essa procura social, reconhecida sobretudo a partir dos inquéritos populacionais realizados a partir da década de 1990 (Adams *et al.*, 2009; Eisenberg *et al.*, 1998, 1993). A investigação das PICS é mais forte nas doenças crônicas e em situações terminais e limites (oncologia, medicina paliativa, cardiologia, reumatologia), sendo aparentemente mais lenta na APS, apesar desse contexto ser muito mais favorável e adequado para o uso de PICS, assim, como sua institucionalização já vem se dando fortemente nesse ambiente, inclusive no Brasil e no SUS (Brasil, 2020c).

De acordo com pesquisa documental desenvolvida a partir da análise de bancos de dados oficiais e revisão de literatura científica, observa-se que a APS aparece como locus primordial da oferta das PICS no SUS, representando quase 80% das práticas realizadas no período pesquisado (2008-2017), sendo as mais comuns: práticas corporais, plantas medicinais, acupuntura e homeopatia (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018). Na APS há inclusive múltiplos argumentos e fatores para que sejam atenuadas as exigências e rigores de eficácia clínica (embora não as de segurança), levando em conta que muitas PICS são já reconhecidas social e cientificamente por seu baixo potencial de dano, ao contrário da biomedicina e sua farmacoterapia. A longitudinalidade, o necessário centramento do cuidado nas pessoas, os desejáveis processos de decisão clínica compartilhada, a abordagem familiar e comunitária, o progressivo conhecimento dos usuários pelas equipes de APS, a grande maioria das situações clínicas de baixo risco, a precariedade da medicina baseada em evidências para situações de multimorbidade, pacientes idosos, quadros clínicos indiferenciados e comuns sintomas medicamente inexplicáveis, além dos quadros difusos de sofrimentos que são traduzidos hoje como sintomas ansiosos e depressivos, a progressiva difusão das propostas e preocupações da

prevenção quaternária, visando minimizar a iatrogenia e a medicalização, todos esses fatores sugerem que muitos ou talvez mesmo a maioria dos problemas de SM podem ser abordados (frequentemente com sucesso) via PICs associadas a outros cuidados não farmacológicos, conforme indica a percepção de profissionais delas praticantes e seus usuários na APS (Norman; Tesser, 2015; Tesser, 2021, 2009).

Em relação a depressão, a pesquisa bibliográfica conduzida por Haller *et al.* (2019) buscou resumir sistematicamente as evidências de nível 1 sobre as PICs, no período de 2002 e 2018. Foram realizadas 26 meta-análises em ensaios clínicos randomizados com pacientes diagnosticados com depressão maior, menor e sazonal. Os resultados encontrados apontam que apesar de muitas modalidades de PICs apresentarem baixa qualidade de evidência, foi encontrada qualidade moderada de evidência para dois tipos de intervenção: terapia cognitiva baseada na atenção plena, a qual foi superior ao tratamento medicamentoso antidepressivo padrão para a prevenção da recaída da depressão em pacientes com depressão maior recorrente, e erva de São João, que em pacientes com depressão maior leve a moderada, apresentou eficácia superior em relação ao placebo e aos antidepressivos padrão para o tratamento da severidade da depressão, causando menos eventos adversos significativos. Esses achados são corroborados pelos resultados da revisão e meta-análise de Freeman (2010), que demonstrou que a descontinuação do tratamento devido a eventos adversos foi maior nos ensaios clínicos randomizados com uso de antidepressivos em comparação aos realizados com PICs.

Já a meta-análise de Cui e Zheng (2016) considerada uma das mais abrangente acerca de estudos clínicos sobre a eficácia do uso da erva de São João para tratamento da depressão, analisou 27 estudos e 3.126 pacientes com o diagnóstico, investigando a eficácia e segurança do extrato da erva em comparação com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) no período de 1966 a 2015. Os resultados apontam que a eficácia do extrato da erva de São João é comparável aos ISRS especialmente depressão leve a moderada, apresentando taxa significativamente menor de eventos adversos e menor número de retiradas devido a eventos adversos em comparação com os ISRSs. Dessa forma, o extrato de erva de São João se mostrou eficaz no tratamento da depressão, mais seguro que os ISRS e apresentou taxa de eventos adversos e abstinências significativamente menores que os ISRS.

Em relação à ansiedade, existe evidência de que a acupuntura tem demonstrado efeitos significativos quando comparada aos tratamentos convencionais, se mostrando

uma prática promissora no tratamento da ansiedade (Goyatá *et al.*, 2016), assim como a auriculoterapia e fitoterapia, que também apresentaram alto grau de eficácia em estudo descritivo transversal, contribuindo para a melhora dos sintomas, para um bom grau de satisfação dos participantes, assim como para reinserção social e redução do uso de psicotrópicos no tratamento da respectiva doença (Peña; Vidal, 2008). Recomendação clínica baseada em revisão sistemática de 12 ensaios clínicos sobre auriculoterapia para ansiedade mostrou haver eficácia na maioria dos desfechos nos ensaios, com oito dos estudos fossem de baixa qualidade e quatro de qualidade aceitável (Noronha *et al.*, 2020). Além disso, sobre o uso de auriculoterapia para tratamento de PSM, dois manuais orientativos baseados em evidências sobre essa temática, construíram, a partir de revisão sistemática de literatura, diretrizes clínicas sobre o uso dessa abordagem para o tratamento adjuvante da ansiedade (UFSC, 2020a) e depressão (UFSC, 2023) no contexto da APS. Semelhante convergência de resultados positivos, envolvendo revisões sistemáticas e ensaios clínicos, foi encontrada também no uso de auriculoterapia para insônia (Teixeira *et al.*, 2020; UFSC, 2020b). Além disso, em estudo qualiquantitativo via questionário eletrônico respondido por aproximadamente metade dos médicos e enfermeiros da APS de um distrito de saúde de Florianópolis, também foi percebida eficácia importante da auriculoterapia para os PSM na APS, especialmente depressivos e ansiosos, assim como dores associadas e insônia, além de redução na medicalização e melhora na qualidade de vida, acolhimento, cuidado e autocuidado (Santos; Zanetti; Stefanello, 2021; Silva; Santos; Tesser, 2022).

Para ansiedade e/ou depressão parece haver evidência da eficácia do Reiki na melhora progressiva do humor geral, no período de cinco semanas em participantes de ensaio clínico randomizado e controlado em comparação com o grupo controle (Bowden; Goddard; Gruzelier, 2011). Da mesma forma, parece haver evidência também de que as intervenções integrativas corpo-mente-espírito apresentam resultados positivos no tratamento de diversos PSM, uma vez que o estudo de revisão de Lee *et al.* (2018) com 199 ensaios clínicos randomizados, demonstrou que destes 83,1% apresentaram efeitos positivos, 16,9% não apresentaram efeitos e nenhum demonstrou efeitos negativos nos participantes da pesquisa, destacando-se que os resultados foram investigados em 10 tipos de práticas integrativas para 16 tipos de PSM.

No contexto de cuidados primários, o estudo controlado randomizado pragmático aberto comparando três regimes de tratamento (tratamento integrativo (TI), acupuntura

terapêutica (AT) e tratamento convencional (CT)) no alívio de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes de atenção primária psicologicamente angustiados, demonstrou diminuição significativa na ansiedade e depressão nos grupos IT e AT, assim como melhora clinicamente significativa nos respectivos grupos, demonstrando assim que essas duas modalidades de intervenções parecem ser mais benéficas na redução da ansiedade e depressão em pacientes de cuidados primários encaminhados por sofrimento psíquico em comparação com o tratamento convencional (Arvidsdotter; Marklund; Taft, 2013). Assim sendo, de acordo com Collinge, Wentworth e Sabo (2005, p. 569) “integração de terapias complementares na prática comunitária de SM pode ser promissora para melhorar os resultados da SM e melhorar a qualidade de vida dos usuários de longo prazo dos serviços de saúde”.

Cabe salientar que as PICs estão ganhando cada vez mais visibilidade e espaço nos sistemas de saúde. Contudo ainda existe necessidade de realização de estudos mais robustos que demonstrem a eficácia das PICs, especialmente no contexto da APS, assim como há a necessidade de maior sistematização do conhecimento e das experiências desenvolvidas em nível nacional e internacional, a fim de subsidiar e apoiar sua implementação. Sobre esse aspecto, foi desenvolvido recentemente estudo que buscou entre outras coisas propor elementos que subsidiem a implementação das PICs em casos de SM no contexto de cuidados primários. As orientações para implementação compreendem processos coletivos, com a participação da comunidade e dos trabalhadores de saúde locais, mapeamento das práticas já ofertadas no território, discussão em espaços deliberativos e com os gestores, a fim de produzir troca de saberes e experiências compartilhadas, garantindo o estabelecimento de fluxos definidos com espaço na agenda do serviço para essas práticas e seu respectivo registro (Muricy *et al.*, 2022).

Além disso, também foi desenvolvido o portal da Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), o qual é gerido pela Rede Regional em MTCI para as Américas, e coordenado pela BIREME/OPAS/OMS. O portal é uma colaboração em rede, “entre instituições e organizações que promovem a formação, regulação, promoção, desenvolvimento da pesquisa e prestação de serviços em MTCI”. No interior do portal existe um ícone chamado mapa de evidência, onde é possível visualizar as principais evidências sobre intervenções de sistemas médicos e métodos terapêuticos em MTCI para problemas de saúde específicos (MTCI, 2021, p. 1).

### 3.5.4 Compartilhamento de tarefas

O compartilhamento ou troca de tarefas, corresponde à delegação de tarefas historicamente realizadas por profissionais especializados em saúde mental, para profissionais de saúde e prestadores não especializados a partir do treinamento dos mesmos para a detecção, diagnóstico, tratamento e prevenção de PSM, a fim utilizar os recursos humanos existentes de maneira mais efetiva, aumentando a cobertura e acesso aos serviços de saúde (Kakuma *et al.*, 2011; Lange, 2021; Musyimi *et al.*, 2017; Padmanathan; De Silva, 2013).

Normalmente, os profissionais especializados oferecem orientações, treinamento e supervisão aos profissionais e prestadores não especializados, que ficam responsáveis por acompanhar os pacientes ao longo do tempo e fornecer cuidados de SM incluindo tratamentos psicológicos breves de baixa intensidade. Essa modalidade de cuidado é comum no contexto dos cuidados primários e em casos de SM, especialmente em países de baixa e média renda, onde o acesso à recursos e profissionais especializados é escasso. Nesse sentido, inúmeras pesquisas vêm sendo desenvolvidas em países de baixa e média renda como Índia, África do Sul, Etiópia, Uganda, Zimbábue, Nepal entre outros lugares, onde a incorporação de prestadores e profissionais não especializados no cuidado escalonado em SM desponta como uma estratégia eficaz na prestação de intervenções em cuidados de saúde primários e comunitários. As evidências produzidas nesses países demonstram que o compartilhamento de tarefas além de apresentar eficácia clínica e ser custo-efetivo ainda se mostra como um importante elemento de fortalecimento dos sistemas locais de saúde (Chisholm *et al.*, 2016; Davies *et al.*, 2017; Lund *et al.*, 2012; Mendenhall *et al.*, 2014; Patel *et al.*, 2010; Raviola *et al.*, 2019).

Essas intervenções desenvolvidas na África Subsaariana, na Ásia e na América do Sul incluem diversos programas para o tratamento dos TMC, depressão, ansiedade dentre outros problemas de natureza psicológica e comportamental (Raviola *et al.*, 2019). Nesses programas e experiências, comumente os profissionais e prestadores não especializados oferecem cuidados em SM à população, a partir de processos de treinamento e supervisão e do uso de protocolos de atendimento desenvolvidos em parceria com especialistas. Um desses exemplos é o projeto MANAS, desenvolvido na Índia, o qual teve como objetivo testar a eficácia de uma intervenção liderada por prestadores não especializados, chamados no estudo de conselheiros leigos de saúde, em colaboração com médicos da

APS e especialistas em SM, em unidades de APS para melhorar os resultados de pessoas com TMC. O estudo controlado randomizado por cluster, com mais de 2500 participantes divididos em dois grupos, demonstrou que o grupo intervenção apresentou maior probabilidade de se recuperar aos 6 meses do que aqueles o grupo controle, e que em relação aos eventos adversos como morte e tentativa de suicídio, os números do grupo intervenção foram praticamente 50% menores do que no grupo controle, o que parece evidenciar a eficácia dessa abordagem em comparação com os cuidados usualmente oferecidos, especialmente nos serviços públicos de saúde (Patel *et al.*, 2010). Outro estudo, também relativo ao projeto Manas estende essas descobertas e descreve o impacto da intervenção ao longo dos 12 meses após a inscrição no ensaio. Os resultados encontrados apontam que o modelo de assistência colaborativa conduzido por conselheiros leigos treinados pode reduzir a prevalência de TMCs, o comportamento suicida e a morbidade psicológica (Patel *et al.*, 2011). Esses resultados são corroborados pelo estudo de revisão sistemática de Ginneken (2013), que buscou avaliar o efeito de intervenções oferecidas por profissionais e prestadores não especializados, na APS em países de baixa e média renda. A revisão mostrou entre outros resultados que a oferta de cuidado por esses atores, em comparação com os cuidados saúde habituais pode aumentar o número de adultos que se recuperam de depressão ou ansiedade, ou ambos, de dois a seis meses após o tratamento.

Outro exemplo relevante, é a experiência do Banco da Amizade, que se caracteriza como uma intervenção psicológica adaptada culturalmente para TMC entregue por profissionais de saúde não especializados na APS do Zimbábue. Nesta experiência, em que foi realizado um ensaio clínico randomizado com 573 sujeitos divididos em dois grupos, o grupo intervenção recebeu 6 sessões de terapia individual de resolução de problemas ministrada por profissionais de saúde não especializados treinados e supervisionados, além de um programa opcional de apoio de pares de 6 sessões, e o grupo de controle recebeu tratamento padrão, além de informações, educação e apoio sobre TMC. Os resultados apontam que o grupo que recebeu a intervenção apresentou escores de sintomas e risco de desenvolver sintomas de depressão significativamente mais baixos após 6 meses, em comparação com o grupo de controle que recebeu tratamento usual aprimorado (Chibanda *et al.*, 2017).

O cuidado usual ou padrão, difere de acordo com o tipo de problema ou transtorno mental selecionado e o local onde o estudo foi realizado. No contexto internacional,

especialmente em países de baixa renda, o cuidado usual costuma ser o não cuidado, tendo em vista que por uma série de dificuldades desde o diagnóstico, até a insuficiência de recursos humanos e materiais, os sistemas de saúde de algumas dessas regiões pouco tem a oferecer, não dispondo por exemplo, em seu leque de possibilidades terapêuticas nem a oferta de terapias psicológicas/psicossociais, nem de psicofármacos (Patel *et al.*, 2014). Nesse sentido, para minimizar os efeitos desse déficit de cuidado, a maioria dos estudos têm oferecido no braço controle, o chamado cuidado usual aprimorado, que pode ser considerado uma adaptação melhorada do cuidado oferecido normalmente. No caso da intervenção MANA (Patel *et al.*, 2011), além do profissional poder escolher o tipo de cuidado que ele iria ofertar, foi disponibilizado também os resultados do rastreio e um manual de tratamento para cuidados primários. Já no caso do Banco da Amizade, o cuidado usual aprimorado oferecido, consistia em uma avaliação conduzida por uma enfermeira, breve aconselhamento de apoio e opção de medicação, bem como informação, educação e suporte sobre TCM, incluindo encaminhamento para psiquiatria, caso necessário.

Sobre intervenções realizadas via compartilhamento de tarefas, o estudo de revisão sistemática conduzido por Singla *et al.* (2017) buscou sintetizar os processos de implementação e examinar a eficácia dos tratamentos psicológicos para TMC oferecidos por profissionais e prestadores não especializados em países de baixa renda. Os resultados da revisão, que contou com a análise de 27 estudos, demonstraram que os tratamentos com frequência eram realizados na APS e prestados por agentes comunitários de saúde ou pares (enfermeiras, parteiras e pessoas da comunidade), os quais eram supervisionados por profissionais especializados. Em relação aos tipos de tratamento mais utilizados destacaram-se a psicoeducação, terapia de resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental ou psicoterapia interpessoal, que foram entregues em pouco menos de 10 sessões, ao longo de 2 a 3 meses, em formato individual, face a face. Todos os tratamentos incluídos apresentavam elementos comuns, como envolvimento inespecífico e domínios específicos de elementos comportamentais, interpessoais, emocionais e cognitivos. Essa revisão demonstrou, entre muitos resultados que os tratamentos psicológicos, fornecidos por profissionais e prestadores não especializados, apresentam efeitos moderados a fortes na redução da carga e do ônus dos TMC nos locais onde são implementados.

### 3.5.5 Cuidado compartilhado x cuidado colaborativo

Além do compartilhamento de tarefas, outros processos que também aparecem na literatura, trazendo resultados importantes no campo da SM são o cuidado compartilhado e cuidado colaborativo. Diversas experiências relatam resultados promissores na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade e sinalizam para a potência dessas abordagens de cuidado.

Ambos apresentam premissas semelhantes e dependendo do contexto, podem ser utilizados de maneira análoga ou intercambiável, demonstrando uma diferença sutil entre as terminologias.

O cuidado compartilhado abrange um amplo espectro de arranjos de tratamento colaborativo, e parece não existir consenso na literatura sobre sua definição padrão (Kelly, Brian J. *et al.*, 2011). Contudo, a definição proposta por Paquette-Warren *et al.* (2006, p. 1) parece adequada ao campo do cuidado em SM, especialmente no contexto de cuidados primários. Os autores apontam que o cuidado compartilhado é “um modelo de prestação de cuidados de saúde integrados em que a colaboração entre profissionais de diferentes disciplinas ou com diferentes competências e conhecimentos permite a prestação de cuidados de saúde ao paciente pelo profissional de saúde mais adequado”.

Já o cuidado colaborativo por sua vez, de maneira semelhante ao cuidado compartilhado é um termo também abrangente utilizado para descrever

“o processo pelo qual os provedores de cuidados primários e de saúde mental compartilham recursos, expertise, conhecimento e tomada de decisão para garantir que as populações de cuidados primários recebam cuidados centrados na pessoa, eficazes e economicamente viáveis do provedor correto, no local mais conveniente e da maneira mais oportuna e bem coordenada possível (Kates *et al.*, 2019, p. 3).

Para Archer *et al.* (2012, p. 1), o cuidado colaborativo compreenderia quatro critérios principais: uma abordagem multiprofissional para o cuidado do paciente; um plano de manejo estruturado; acompanhamento agendado do paciente; e comunicação interprofissional aprimorada. Esses autores, em seu trabalho de revisão sistemática e meta-análise buscando avaliar a eficácia do cuidado colaborativo para pacientes com depressão ou ansiedade, o qual envolveu 24.308 participantes, 79 ensaios clínicos randomizados e 90 comparações relevantes, sendo um dos maiores estudos encontrados na literatura sobre o tema, concluíram que o “cuidado colaborativo está associado a uma

melhora significativa nos resultados de depressão e ansiedade quando comparado com o cuidado usual”.

Apesar da maioria dos estudos sobre cuidados colaborativos terem como foco os países de baixa e média renda, existem evidências de sua efetividade também em países de alta renda. O estudo de revisão sistemática e meta-análise desenvolvido por Sighinol *et al.* (2014) focalizando especificamente os países europeus, mostra que o cuidado colaborativo é mais eficaz do que o tratamento usual para melhorar os resultados da depressão. Outro estudo, publicado recentemente, buscou explorar o impacto do cuidado colaborativo nos sintomas de depressão e ansiedade em comparação com o tratamento usual no acompanhamento por 6 meses em pessoas com depressão, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade social. O grupo intervenção, no qual o modelo dinamarquês chamado *Collabri* foi implementado, apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre os escores de depressão em 6 meses de acompanhamento. Relativamente à ansiedade, houve diferença nos sintomas de ansiedade que favoreciam o cuidado colaborativo, porém essas diferenças não foram estatisticamente significativas, o que pode estar relacionado a problemas referentes ao processo de seleção dos participantes, visto que não foi possível recrutar o número adequado de participantes para o estudo (Curth *et al.*, 2020).

Já em relação aos cuidados compartilhados, revisão sistemática com meta-análise, realizada pelo grupo Cochrane buscando identificar a eficácia desse tipo de intervenção, demonstrou com base em evidências de alta qualidade que o cuidado compartilhado leva à melhora nos resultados de SM para a depressão, com melhora nas proporções de pacientes com cuidado compartilhado que responderam ao tratamento da depressão e obtiveram remissão ou recuperação do quadro clínico quando em comparação aqueles que receberam os cuidados usuais (Smith *et al.*, 2017).

Outro estudo, dessa vez Sueco, caracterizado como um ensaio clínico randomizado controlado, buscou identificar eficácia clínica de uma intervenção de cuidados compartilhados no tratamento de pacientes de cuidados primários com depressão, demonstrou que esse tipo de intervenção no tratamento da depressão é valorizado pelos pacientes e tem efeitos positivos no curso da depressão, no retorno ao trabalho, na frequência de remissão da doença, na diminuição da frequência do uso de antidepressivos e na qualidade de vida em comparação com os cuidados habituais. Na Suécia, o tratamento habitual recomendado pelas Diretrizes Nacionais para Transtornos

de depressão e ansiedade prevê o uso de antidepressivos como primeira e segunda etapas em um modelo de atenção em etapas, além da oferta de acessibilidade e continuidade ao tratamento, próxima consulta precoce, autoajuda guiada e terapia cognitivo-comportamental (TCC). Cabe ressaltar que os resultados encontrados demonstram que a implementação de cuidados compartilhados apresentou efeitos significativos importantes sobre a recuperação completa da depressão e retorno precoce ao trabalho, apesar da menor frequência do uso de medicação antidepressiva (Björkelund *et al.*, 2018). Esse achado põe em cheque e contrasta com a racionalidade biomédica e farmacológica vigente, que tem na Suécia, e demais países desenvolvidos e alta renda, além do Brasil, a prescrição de psicofármacos como o tratamento padrão ou usual.

Nesse sentido, trazendo para o contexto nacional, a proposta de apoio matricial surge como congênere dessas iniciativas acima apresentadas (Treichel; Campos; Campos, 2019). Entretanto, não foi encontrado na literatura brasileira ensaios clínicos e meta-análises avaliando sua efetividade em comparação com o cuidado usualmente oferecido na APS, nos moldes dos estudos referidos. Apesar disso, mesmo com muitos desafios para sua consolidação (Alvarez; Vieira; Almeida, 2019; Campos; Domitti, 2007; Castro; Wagner; Campos, 2016; Moraes; Tanaka, 2012; Treichel; Campos; Campos, 2019), a proposta do apoio matricial em SM no Brasil, visa “ampliar as possibilidades de um cuidado integral e da integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”, e desponta como uma possibilidade ímpar de cuidado, interlocução e fortalecimento da RAPS, capaz de potencializar atuações interprofissionais, democráticas e horizontais, buscando dessa forma a superação do paradigma biomédico e do cuidado médico centrado, de modo a produzir práticas de cuidado que possam evitar a medicalização do sofrimento psíquico (Castro; Wagner; Campos, 2016; Treichel; Campos; Campos, 2019, p. 2).

Dessa forma, com base nos estudos e experiências encontradas na literatura sobre o tema, parece que o compartilhamento de tarefas e o cuidado colaborativo e compartilhado demonstram ser efetivas e capazes de ofertar um cuidado integral, multiprofissional, de base territorial e comunitária e afinado com os pressupostos da APS.

### 3.5.6 Intervenções não farmacológicas em casos graves de saúde mental

#### 3.5.6.1 Diálogo aberto

A experiência finlandesa do diálogo aberto (DA) pode ser considerada uma das mais exitosas realizadas pela sociedade ocidental até hoje. O DA foi desenvolvido pelo psicólogo clínico Jaakko Seikkula e sua equipe, na Lapônia em meados da década de 1980 para tratar precocemente crises psicóticas através de um método dialógico. É uma adaptação da chamada “*Need-Adapted Treatment of Psychosis*”, desenvolvida também na Finlândia desde a década de 60, que consistia em uma intervenção psicológica psicodinâmica precoce nos casos de esquizofrenia. No diálogo aberto há um acompanhamento desde as primeiras 24 horas do início da crise, onde uma equipe especializada, em conjunto com a família, pessoas da rede de suporte social do paciente e ele próprio conversam, discutem sobre a situação e decidem a estratégia terapêutica a ser adotada, buscando evitar, ou adiar o máximo possível o uso de psicotrópicos para o controle dos sintomas (Kantorski; Cardano, 2019, 2017).

Cabe destacar que o DA se propõe a dar voz a todas as pessoas incluídas no processo do cuidado à crise, inclusive o próprio paciente, visto que essa “conversa polifônica” pode trazer pontos de vista diversificados e relevantes além de novos entendimentos acerca da situação e das possibilidades de cuidado, sendo de suma importância para a equipe responsável pelo caso o desenvolvimento da escuta, assim como da adaptação ao contexto e a linguagem usada por cada paciente e sua rede de apoio (Kantorski *et al.*, 2020).

Nesse sentido Olson, Seikkula e Ziedonis (2014) desenvolveram para fins de supervisão e treinamento um documento que busca apoiar e subsidiar o desenvolvimento da prática do DA. Neste documento, os autores apresentam e discutem os sete princípios do tratamento no DA e os doze elementos-chave da prática dialógica do DA, à luz de alguns casos clínicos e indicações de manejo, articulados com os pressupostos teóricos dessa abordagem, que vem ganhando notoriedade a partir da publicação do livro *Anatomia de uma epidemia*, de Robert Whitaker. Este autor aponta o DA como uma experiência exitosa e estratégia possível para aumentar a reinserção social dos pacientes, evitar a medicalização do sofrimento psíquico e a cronificação dos casos. O autor, no capítulo final de seu livro, conta como foi sua experiência acompanhando algumas sessões de DA, descreve elementos da técnica e traz fragmentos de falas de pesquisadores

e profissionais que participam do DA, além de apresentar evidências que comprovam a efetividade da intervenção via estudos longitudinais (Whitaker, 2017). Essas evidências são corroboradas por diversos estudos mais recentes que apresentam entre outros achados, que seguimentos de ensaios clínicos de dois, cinco e dez anos demonstraram alta eficácia do tratamento, além de aumento da reinserção social e profissional, aumento de reações psicóticas breves, menor número de recaídas e menos sintomas psicóticos residuais, diminuição da incidência média anual de esquizofrenia e redução para zero no número de novos pacientes esquizofrênicos de longa permanência em hospitais da Finlândia (após a implementação da intervenção - 1992-3), menor número de dias de hospitalização, importante redução na quantidade e tempo de uso de psicotrópicos assim como redução de custos nos gastos com saúde (Aaltonen; Seikkula; Lehtinen, 2011; Kantorski; Cardano, 2017; Kłapciński; Rymaszewska, 2015; Lakeman, 2014; Seikkula *et al.*, 2003, 2006; Seikkula; Alakare; Aaltonen, 2011).

O estudo de Seikkula, Alakare e Aaltonen (2011), que buscou determinar se os resultados no tratamento do primeiro episódio de psicose permaneceram consistentes ao longo de um período de 10 anos, comparou três períodos de acompanhamento (1992-3, 1994-7 e 2003-5). Nos dois primeiros acompanhamentos, constatou-se que 81% dos pacientes não apresentavam quaisquer sintomas psicóticos residuais, que 84% haviam retornado ao período integral emprego ou estudos, e que apenas 33% usavam psicotrópicos. Já no terceiro período, surgiram menos pacientes psicóticos com esquizofrenia, com média de idade significativamente menor, a duração da psicose não medicada foi encurtada para três semanas em comparação com uma média de 3,5 meses dos estudos anteriores, e os resultados permaneceram tão bons quanto os primeiros dois períodos. Além disso, cerca de 70% dos pacientes em cada período não tiveram uma única recidiva durante o período de acompanhamento.

Já o estudo de coorte baseado em registros nacionais finlandeses, que buscou comparar os resultados do grupo de pacientes que participou desde o início da implementação do DA na Finlândia (N = 108) com o grupo de controle, o qual consistiu em todos os pacientes finlandeses que foram encaminhados para outras instalações especializadas de saúde mental (N = 1763) durante um período de aproximadamente 19 anos, demonstrou que ao longo de todo o acompanhamento, os números para a duração do tratamento hospitalar, subsídios para invalidez e a necessidade de psicotrópico permaneceram significativamente mais baixos no grupo que recebeu a intervenção do

DA, o que indica que esses resultados positivos são sustentados por um longo período de tempo (Bergström *et al.*, 2018). Ainda, um dos estudo empírico mais recentes encontrado sobre o tema é a tese de Tomi Bergström (2020) que trata da mesma coorte acima citada (visto que o artigo de 2018 é um recorte da tese defendida pelo autor), e demonstra que nos participantes do DA a taxa de mortalidade padronizada foi menor, a despeito da alta taxa de mortalidade prematura e da ausência de diferenças significativas nas taxas de suicídio em ambos os grupos, e que o DA estava associado a uma necessidade significativamente menor do uso de serviços de saúde mental e a uma melhor capacidade de manter o trabalho em um acompanhamento de 19 anos. Desse modo,

“os resultados desta tese sugeriram que, com esforços graduais de desenvolvimento em direção a abordagens de tratamento colaborativo no nível da comunidade, é possível ajudar as pessoas a manter sua agência e funcionamento social, acompanhados por uma diminuição da necessidade de cuidados de saúde mental, décadas após o primeiro episódio de psicose (BERGSTRÖM, 2020, p. 6)”.

Considerando os bons resultados apresentados pelos estudos finlandeses, houve várias adaptações e esforços de implementação do DA em diversos locais do mundo, como Itália, Portugal, Reino Unido, Áustria, Alemanha, Polônia, Noruega, Dinamarca, Japão e nos Estados Unidos entre outros. No entanto parece que a adaptação para outras culturas apresenta alguns desafios e existem poucas descrições acerca do processo de implementação em cada um desses locais, inclusive no Brasil (Dias, 2017; Florence *et al.*, 2020; Tavares *et al.*, 2023).

Os principais desafios elencados estão relacionados a questões organizativas como a necessidade de investimento de recursos econômicos e financeiros para poder dispor de uma estrutura que possa operacionalizar a proposta, com espaço, horários e profissionais disponíveis e capacitados para ofertar ajuda imediata e garantir a continuidade do acompanhamento. Além disso, é necessário treinamento dos profissionais e mudanças profundas no que diz respeito às relações de poder, assimetrias e hierarquias entre profissões, que comumente são baseadas num modelo centrado no médico, com forte apelo para a medicalização das situações de crise, com prescrição precoce de psicofármacos. Essa centralidade farmacológica do cuidado é um forte obstáculo e desafio para a implementação do DA, o qual pressupõe que o uso de psicotrópicos possa ser evitado para dar lugar a uma abordagem dialógica, sistêmica e em rede (Florence *et al.*, 2020; Kantorski; Cardano, 2019). Assim, outro desafio importante é a “integração entre os diversos serviços territoriais e a inclusão da família e a rede social

de forma horizontalizada no cuidado”, além da dificuldade de tolerar incertezas (Kantorski *et al.*, 2020, p. 10).

Apesar das dificuldades, nenhuma estratégia parece ter demonstrado resultados tão impressionantes quanto os apresentados pelo DA realizado na Finlândia, mesmo que algumas outras estratégias de cuidado precoce à crise psicótica, de base comunitária e/ou multiprofissional, tenham sido (como é o caso do projeto Soteria) ou estejam sendo implementadas, com resultados bastante positivos em comparação com o cuidado usual (Bola; Mosher, 2003; Correll, 2011; Kantorski; Cardano, 2019).

### 3.5.6.2 Movimento Recovery

O movimento *Recovery* teve como inspiração as críticas ao modelo Kraepeliano a partir da obra de Thomas Szasz e os movimentos da Antipsiquiatria inglesa e da psiquiatria democrática italiana. Além disso, uniu forças com o movimento estadunidense dos sobreviventes da Psiquiatria e o movimento *Advocacy*, chegando ao Brasil em meados dos anos 2000 (Oliveira *et al.*, 2021; Vasconcelos, 2017b).

Por conveniência linguística, a maior parte dos estudos mantém a palavra *Recovery* no inglês, visto que sua tradução para a língua portuguesa ainda não obteve consenso na literatura, sendo utilizada em alguns casos como sinônimo de recuperação, reestabelecimento (Ricci, 2017; Rodrigues; Grigolo; Schneider, 2023).

Contudo, Rodrigues *et al.* (2023) corroboram que a definição de *Recovery* não é consensual e padronizada, mas sim singular e influenciada pela realidade social, cultura, valores, vivências e narrativas pessoais do sujeito, necessitando de adaptação cultural e contextual à realidade brasileira. Sobre esse aspecto, Vasconcelos (2017b, p. 50) atenta para a necessidade de problematização e avaliação crítica em relação à transposição de abordagens anglo-saxônicas e europeias ao contexto brasileiro, pois a “realidade econômica, política, social e cultural brasileira implica em diferentes perspectivas para valores e ideias de empoderamento e *Recovery*”.

Apesar das adaptações necessárias, de maneira geral, segundo Costa (2017) o *Recovery* pressupõe dois princípios fundamentais. Defende primeiramente, que mesmo apresentando sintomas, independentemente da severidade, pessoas com PSM podem viver uma vida produtiva, e em segundo lugar defende a não cronicidade dos PSM, de

modo que muitos não conseguem se recuperar. Além disso, entre os diversos elementos conceituais propostos tanto pelos movimentos sociais e como pelo campo científico, tem-se como elementos comuns ao *Recovery* o senso de esperança na possibilidade de ser; envolvimento em atividades significativas, ocupando papel social funcional na sociedade; luta contra a discriminação e o preconceito, buscando superação do estigma social associado à doença mental; luta por direitos e responsabilidades iguais, exercitando a cidadania, além de protagonismo e controle pela própria vida (Davidson, 2016; Davidson *et al.*, 2005).

O *Recovery* mostra-se potencialmente como um importante aliado para o avanço do modo psicossocial no Brasil, dialogando diretamente com os princípios da RP brasileira, da Atenção Psicossocial e do SUS. Busca superar modelos psiquiatrizantes e promover a SM numa perspectiva de empoderamento, autonomia, alteridade e cidadania, a partir de uma “clínica comprometida com os aspectos éticos e políticos da contemporaneidade” (Ricci, 2017, p. 225), e do entendimento de que “as disputas de modelo de cuidado, refletem, ao fundo, disputas de projetos de sociedade” (Rodrigues; Grigolo; Schneider, 2023, p. 503).

Nesse sentido, o *Recovery* rompendo com o reducionismo do modelo biomédico, propõe uma mudança no campo da SM a partir da implementação de práticas despatologizantes, horizontais e dialógicas, onde o sofrimento psíquico pode ser compreendido como parte da existência, sem que se imponha uma meta de cura ou recuperação no sentido tradicional, mas uma (re)descoberta da autonomia afetiva-material-social, da autogestão e incorporação de novos sentidos de viver social e comunitariamente, estimulando o protagonismo dos usuários em seu processo de cuidado, a partir de grupos de ajuda mútua e do apoio entre pares (Ricci, 2017; Rodrigues; Grigolo; Schneider, 2023).

O apoio ou suporte entre os pares (*peer support*) é uma estratégia utilizada pelo *recovery* que se baseia no entendimento de que pessoas que vivem com problemas de SM, de maneira voluntária ou remunerada, podem oferecer apoio e suporte à outras pessoas que passam por condições semelhantes. Esse tipo de abordagem mostra-se cada vez mais comum e vem crescendo em diversos locais do mundo, especialmente nos EUA, onde a profissão de suporte de pares (em casos de SM) já está regulamentada em quase todos os estados do país (Oliveira *et al.*, 2021; Siqueira *et al.*, 2021). No Brasil, essa prática ainda é incipiente, com poucas iniciativas congêneres e normalmente vinculadas

às universidades, como o caso do projeto Transversões, realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro que conta com bolsas ou registros formais de trabalho para os facilitadores que realizam esse suporte.

Ainda no contexto nacional, a proposta de redução de danos, operacionalizada na figura do redutor de danos, tem apresentado importantes interlocuções e aproximações análogas à abordagem *recovery*, sendo considerada um “modelo pontual de aplicação do suporte de pares como técnica de *recovery*” (Siqueira *et al.*, 2021, p. 52).

Nesse sentido, assim como o suporte entre pares, a própria abordagem do *recovery* apresenta no contexto nacional limitações e desafios. A literatura tem mostrado que as pesquisas e iniciativas sobre o tema ainda estão majoritariamente focadas em uma perspectiva teórica e acadêmica, de modo que sua implementação fora do contexto universitário ainda é insipiente, e seus pressupostos pouco conhecidos por grande parcela dos trabalhadores, familiares e usuários dos serviços de SM (Brandão; Figueiredo; Delgado, 2022). As propostas aproximativas do *recovery* estão relacionadas ao contexto psicossocial (Costa, 2017; Figueiredo, 2021; Ricci, 2017; Rodrigues; Grigolo; Schneider, 2023) pouco adentrando o cenário da APS, não sendo identificadas iniciativas institucionalizadas de implementação nesse contexto. Apesar disso, o *recovery* vem sendo defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como importante recurso para a promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos humanos no contexto dos cuidados primários (OPAS, 2022; WHO, 2013).

Além do DA e do movimento *Recovery*, outros dois movimentos aparecem na literatura como importantes dispositivos para diminuição da centralidade biomédica do cuidado em SM. São eles o movimento dos ouvidores de vozes e os grupos GAM.

#### 3.5.6.3 Movimento dos ouvidores de vozes

O movimento dos ouvidores de vozes surgiu na Holanda, na década de 1980 a partir da relação entre um psiquiatra (Marius Romme) e sua paciente Patsy Hages, e expandiu-se inicialmente para o Reino Unido e outros países de língua inglesa, chegando até o Brasil recentemente. Está presente em mais de 30 países e é organizado por uma rede chamada “*The International Hearing Voices Network – Intervoice*”. Este movimento pressupõe uma relação mais naturalizada com o fenômeno de ouvir vozes,

onde sujeito tem papel de centralidade em suas experiências (de ouvir vozes), as quais são singulares e não precisariam ser medicadas, patologizadas e psiquiatrizadas. Pressupõe também que o compartilhamento em grupos dessas vivências e estratégias para lidar com os desafios decorrentes das mesmas, é um recurso terapêutico importante e dispositivo de cuidado em SM. Experiências com grupos de ouvintes de vozes têm demonstrado que essas iniciativas auxiliam na despatologização e desmedicalização do fenômeno de ouvir vozes, na diminuição do estigma e do preconceito relacionado à doença mental, no empoderamento dos usuários em relação ao seu processo de cuidado, e na construção de redes colaborativas, significativas e de apoio mútuo (Corradi-Webster; Leão; Rufato, 2018; de Oliveira et al., 2023; Fernandes; Zanello, 2020; Kantorski et al., 2017).

#### 3.5.6.4 Estratégia GAM

Já estratégia GAM surgiu em Quebec no Canadá a partir da mobilização de vários atores sociais, em prol dos direitos das pessoas que fazem uso de medicações psiquiátricas, advogando pela ampliação da autonomia, pela co-gestão dos processos de cuidado e pelo direito às informações referentes ao uso dos psicofármacos, de modo a propiciar uma postura mais embasada, crítica, reflexiva tanto dos profissionais, quanto dos usuários. Chegou ao Brasil a partir da articulação entre academia e serviço de saúde, e teve sua adaptação para o contexto nacional realizada através da tradução e adequação do Guia GAM, em estudo multicêntrico em três serviços de atenção especializada de diferentes cidades e regiões do país. Ainda que no processo de adaptação para a realidade brasileira não tenha sido abordada a retirada da medicação, a adaptação nacional se propõe a fomentar “a partilha de experiências, a ajuda mútua, o estímulo à busca de informações sobre medicamentos e direitos” (Onocko-Campos *et al.*, 2013, p. 2981), além de incentivar o processo de análise e reflexão sobre a própria, existência, sobre relacionamentos e rede de apoio, assim como sobre o papel que a medicação ocupa na vida do usuário. Nesse sentido, a estratégia GAM não se restringe apenas para os casos graves de saúde SM, mas tem sido desenvolvida e capilarizada também para os casos acompanhados na APS, se apresentando como um dispositivo de atenção psicossocial e apoio ao cuidado em SM nesse nível de atenção, auxiliando na transformação das práticas em direção de um cuidado pautado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (Campos *et al.*, 2012; Caron; Feuerwerker, 2019; Onocko-Campos *et al.*, 2013; Passos *et al.*, 2013).

### 3.6 Desafios para a implementação de BP de cuidado em SM na APS

Com base nas evidências encontradas na literatura estruturou-se no formato de quadros, os principais desafios para a implementação de BP de cuidado em SM na APS, abarcando desde os componentes macrosociais presentes no processo até questões pessoais referentes ao mesmo. Propomos assim, apresentar um olhar mais ampliado sobre esses desafios a partir de uma esquematização, que buscou tornar mais didática a apresentação de alguns pontos considerados importantes e que podem dificultar a implementação dessas BP no contexto de cuidados primários.

<b>1. Desafios Estruturais</b>
Modelo essencialmente biomédico;
Estrutura curativa, centrada na doença e arraigada no tratamento psiquiátrico com forte medicalização;
Pouca problematização do que é o tratamento em saúde mental – restringindo este ao uso de medicamentos;
Complexidade das demandas em SM;
Inseparabilidade da saúde mental dos desafios sociais em nível macro e das desigualdades de forma abrangente.

(Burgess *et al.*, 2020; Gryscek; Pinto, 2015; Mark, 2010; Rotoli *et al.*, 2019; Tesser; Neto; Campos, 2010).

<b>2. Desafios Intersetoriais e de articulação de rede</b>
Dificuldades na comunicação entre os serviços, resultando no desencontro de informações entre setores, o que interfere na referência e contra referência da condução do tratamento;
Dificuldade de articulação com dispositivos das diversas áreas, como justiça, assistência social, entre outros, contemplando ações intersetoriais;
Muitos encaminhamentos para outros níveis de atenção (como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais entre outros).

(Eaton *et al.*, 2011; Gryscek; Pinto, 2015; Lovero; Giusto; Wainberg, 2020).

<b>3. Desafios de gestão e financiamento</b>
Subfinanciamento, com escassez de recursos financeiros para subsidiar políticas públicas de SM.

(Eaton *et al.*, 2011; Kazdin, 2017; Lovero; Giusto; Wainberg, 2020; Rotoli *et al.*, 2019; Trapé; Campos, 2017).

#### 4. Questões sócio-culturais e políticas

Falta de vontade política e compromisso do(s) governo(s) com SM;  
 Percepção de que o trabalho em saúde mental na APS não ocupa lugar nas prioridades dos gestores;  
 Lobby da indústria farmacêutica e das Associações de Psiquiatria.

(Burgess *et al.*, 2020; Lovero; Giusto; Wainberg, 2020; Patel *et al.*, 2016; Whitaker, 2017).

#### 5. Formação dos profissionais

Insuficiente base teórica para dar sustentação às ações específicas;  
 Especialmente os médicos de família se sentem despreparados para utilizar formas não medicamentosas para o tratamento em SM;  
 Profissionais não se sentem instrumentalizados para agir frente a uma emergência psiquiátrica, ou mesmo identificar reações adversas das medicações;  
 Profissionais da APS, por não se sentirem responsáveis e qualificados, consideram a oferta de cuidados em SM como ‘acréscimo’ de trabalho e uma ‘não responsabilização’ da Atenção Especializada;  
 Profissionais da APS ainda consideram que o diagnóstico e o tratamento dos problemas de SM como uma tarefa para especialistas.

(Ballester; Andreoli, 2005; Gryscek; Pinto, 2015; Kisely *et al.*, 2000; Pereira; Amorim; Gondim, 2020; Rotoli *et al.*, 2019).

#### 6. Características pessoais de cada profissional

Crenças e preconceitos de cada profissional;  
 Sentimentos ligados à impotência, angústia e despreparo frente à execução de cuidados em SM.

(Kisely *et al.*, 2000; Pereira; Amorim; Gondim, 2020; Rotoli *et al.*, 2019).

Dessa forma, os desafios para a implementação de BP em SM na APS são complexos, multideterminados e abrangem aspectos macro e microscópicos, requerendo assim diversas medidas em diferentes níveis para seu enfrentamento. Rever os conceitos e a fundamentação teórica que norteia a prática clínica, problematizando o entendimento dos PSM apenas como desequilíbrios bioquímicos com centralidade na terapêutica medicamentosa, buscando inspiração em experiências não medicamentosas de cuidado pode ser importante estratégia para a transformação do cuidado em SM na APS (Pereira; Souza; Cardoso, 2021).

## 4. Aspectos metodológicos

---

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, visto que esta perspectiva pressupõe que a realidade social e de cuidado à saúde-doença e sofrimento envolve a construção social de significados, onde o significado das situações é construído nas discussões e interações com/entre outras pessoas, nos contextos onde elas vivem e trabalham (Günther, 2006). Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador busca extrair sentido (ou interpretar) dos significados que os participantes/sujeitos atribuem ao mundo (Creswell, 2010), pois o homem se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (Minayo, 2013). Dessa forma, Minayo (2013) coloca que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, valores e atitudes sob a ótica dos atores envolvidos, e que esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social. Ainda, a mesma autora aponta que as pesquisas qualitativas podem ser entendidas como "capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas" (Minayo, 2000, p. 48).

Desse modo, a pesquisa qualitativa pode oferecer ao pesquisador um universo de "possibilidades investigativas que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos" além de diversas "práticas interpretativas interligadas", na busca da compreensão ampliada do objeto (Tuzzo; Braga, 2016, p. 142).

Considerando que nenhuma abordagem metodológica sozinha consegue responder aos desafios e problemáticas que a realidade social e dos cuidados à saúde suscita (Minayo; Minayo-Gómez, 2003), em especial à SM, buscamos abordar a complexidade do objeto pesquisado e responder aos objetivos propostos na presente tese, utilizando a triangulação de métodos, na qual o uso de múltiplos métodos visa que o fenômeno observado seja compreendido em profundidade (Denzin; Lincoln, 2006).

Nesse sentido, a triangulação se propõe a produzir um conhecimento ampliado da temática pesquisada, consistindo na combinação e no cruzamento de diferentes pontos de vista através do uso de múltiplas técnicas de coleta de dados, abarcando assim, a utilização de diferentes abordagens metodológicas para prevenir possíveis distorções

relativas tanto à aplicação de um único método quanto a uma única teoria ou um pesquisador (Günther, 2006; Minayo, 1996).

Para Santos (2009, p. 144) a triangulação, “consiste num recurso efetivo para analisar as intersecções, os vários pontos de vista sobre uma determinada problemática” onde a triangulação de técnicas irá auxiliar a ampliar a compreensão de perspectivas do objeto de forma mais aprofundada (Azevedo *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a triangulação metodológica é adotada quando se utilizam diferentes métodos de investigação para a coleta de dados e a análise do objeto em estudo, de modo a lançar luz sobre a realidade a partir de várias perspectivas “o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados” (Minayo; Minayo-Gómez, 2003, p. 136).

Para Marcondes e Brizola (2014), a opção pela triangulação de métodos permite a adoção de uma postura reflexiva, conceitual e prática em relação ao tema de estudo a partir de diversos prismas, possibilitando uma riqueza de interpretações e o aumento da consistência das conclusões.

Assim sendo, a presente tese foi estruturada a partir de um tripé metodológico, constituído por: a) a construção de um referencial teórico; b) a análise das principais diretrizes clínicas para o cuidado em SM na APS brasileira e c) uma investigação empírica qualitativa com profissionais da APS.

Para elaboração de [a)] inicialmente foi realizado um ensaio, baseado em literatura selecionada e em evidências de vários tipos, históricas, institucionais e clínicas, que apresenta como parte central do referencial teórico deste trabalho a tese de Robert Whitaker, a partir da síntese livre de seu livro: “Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental”, acrescida de atualização das evidências respectivas visando ancoragem científica dos argumentos do autor.

Posteriormente, [b)] foi realizada uma análise documental dos principais materiais orientadores da prática clínica na APS com foco no cuidado em SM; e por fim buscando compreender empiricamente as concepções e práticas dos profissionais da APS de Florianópolis acerca da temática do cuidado em SM neste cenário de prática, foram realizados grupos focais com respectivos profissionais [c)].

#### 4.1. Ensaio

O ensaio é um tipo de gênero textual pouco demarcado e delimitado, que vem tomando espaço no campo acadêmico a partir de um distanciamento crítico frente às fórmulas prontas e aos modelos duros, positivistas e universalistas de expressão do conhecimento científico (Kunsch, 2012; Rebouças, 2008).

De acordo com Adorno (1986, 2003) o ensaio recusa definições. Ele é assistemático, evita formas definitivas, não hierarquiza o conhecimento, coordenando elementos ao invés de subordiná-los e renuncia ao ideal de certeza (Nascimento, 2021). Porém mantém pressupostos mínimos como o elemento de originalidade, consciência histórica além de sua natureza reflexiva e interpretativa (Meneghetti, 2011; Rebouças, 2008; Saldanha, 2002), representando, a partir das escolhas discursivas e conexões de sentido (Rebouças, 2008), uma determinada posição subjetiva do autor “dentro de um jogo de forças complexo” (Nascimento, 2021, p. 11).

Dessa forma, a partir da “elaboração de hipóteses, mapeamento de possibilidades interpretativas, de explorações cognitivas, de percepções e experimentações das ideias” (Machado, 2008, p. 73) o ensaio ou escrita ensaística se apresenta como uma atitude, um ethos orientado para uma perspectiva disruptiva, transformadora e emancipatória (Rebouças, 2008).

Essa metodologia corresponde ao primeiro artigo apresentado, já publicado no periódico Saúde em Debate na edição outubro-dezembro de 2023.

#### 4.2. Análise documental

A pesquisa documental enquanto método de investigação da realidade social “permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e por isso revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social” (Silva *et al.*, 2009, p. 4557). Nesse sentido, os documentos são produtos da sociedade que não são isentos, mas revelam a compreensão de um fato social, opiniões e formas de atuar e viver, traduzindo modos de interpretar algo por um grupo de pessoas num determinado tempo, manifestando o jogo de força dos que detêm o poder (Bravo, 1991; Silva *et al.*, 2009). Da

mesma forma que os documentos não são isentos, tampouco o pesquisado o é, na medida em que

“não só os documentos escolhidos, mas a análise deles deve responder às questões da pesquisa, exigindo do pesquisador uma capacidade reflexiva e criativa não só na forma como compreende o problema, mas nas relações que consegue estabelecer entre este e seu contexto, no modo como elabora suas conclusões e como as comunica”, estando “todo este percurso marcado pela concepção epistemológica a qual se filia o investigador” (Silva *et al.*, 2009, p. 4556).

Operacionalmente, a pesquisa, ou análise documental ocorre em duas fases: na primeira, há a localização das fontes e a seleção dos documentos; na segunda, o tratamento das informações recolhidas e sua análise (Domingos *et al.*, 2016).

Seleção dos documentos

Trata-se de um estudo empírico bibliográfico, a partir de análise documental das últimas edições dos livros, guias práticos e manuais orientadores da prática clínica de cuidado em SM na APS brasileira.

Foram analisados os seguintes documentos:



**1-Tratado de Medicina de família e Comunidade** – 2ª edição (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

É um livro que apresenta um panorama geral da APS, ESF e da própria MFC, e se propõe a oferecer subsídios teóricos para as os desafios cotidianos enfrentados por médicos de família e comunidade na realidade brasileira. É um livro extenso, dividido em dois volumes, com cerca de mil páginas cada um. O primeiro volume trata de questões referentes à medicina de família e comunidade, seus princípios e questões formativas como ensino e pesquisa na área O segundo volume abarca as questões práticas, sendo indicado como importante referência para residentes de MFC e graduandos de medicina, bem como para os profissionais dos serviços, pois é um livro comumente presente nos centros de saúde de todo o País (SBMFC, 2012b).

Foram analisados os seguintes capítulos:

**36.** Abordagem em saúde mental pelo médico de família e comunidade. *Marco Aurélio Crespo Albuquerque; Lêda Chaves Dias.*

Seção XXIII ► Problemas de saúde mental. *Carmen Luiza C. Fernandes.*

**236.** Psicofármacos. *Renato Lendimuth Mancini; Leandro da Costa Lane Valiengo.*

**237.** Somatização e sintomas sem explicação médica. *Daniel Almeida; Luís Fernando Tófoli; Sandra Fortes.*

**238.** Tristeza, sensação de depressão e perturbações depressivas. *Paulo Poli Neto; Fernanda Lazzari Freitas.*

**239.** Ansiedade e estresse. *Flávio Dias Silva.*

## **2- Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**

– 4ª edição (Duncan et al., 2022).

O livro medicina ambulatorial é um livro escrito por especialistas das mais variadas áreas, que segue a tendência internacional de apresentar o nível de evidência para as intervenções e condutas terapêuticas e preventivas apresentadas. Aborda os principais problemas e demandas emergentes na APS, buscando oferecer embasamento tecnocientífico para que os médicos da APS (em especial, os médicos de família e comunidade) possam atingir maior resolutividade nos casos atendidos, sem deixar de considerar os atributos da APS como integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Foram analisados os seguintes capítulos:

Seção IX ► Problemas de saúde mental. *Christian Kieling, Martha Farias Collares, Maria Ines Schmidt, Airton Tetelbom Stein.*

**107.** Avaliação de Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária. *Guilherme Nabuco Machado, Maria Helena P. P. Oliveira, Diego Espinheira da Costa Bomfim.*

**108.** Transtornos de Ansiedade. *Giovanni Abrahao Salum Junior, Gisele Gus Manfro, Aristides Volpato Cordioli, Natan Pereira Gosmann.*

**109.** Depressão. *Marcelo Pio de Almeida Fleck, Fernanda L. C. Baeza, Tadeu Assis Guerra.*

**116. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária a Saúde.** *Daniel Almeida Goncalves, Luiz Fernando Chazan, Naly Almeida, Sandra Fortes.*

**3- Practical Approach to Care Kit – PACK Brasil Adulto: Versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde** (Fiocruz; ENSP, 2023).

“O PACK é uma ferramenta de apoio e um guia para médicos e enfermeiros de atenção primária que visa facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica, com importante adaptação dos fluxos apresentados à realidade local (Pinto; Capeletti, 2019, p. 5)”. Foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis em parceria internacional com a Universidade da Cidade do Cabo (*University of Cape Town*), da África do Sul e é utilizado na APS de Florianópolis, e por isso também fez parte dessa análise documental.

Sobre o PACK:

“é uma ferramenta abrangente para suporte à tomada de decisão clínica na atenção primária, voltada para o manejo de pacientes adultos, com 18 anos ou mais. Ele usa algoritmos simples para avaliar e tratar pacientes com sintomas comuns e tem um formato padronizado de checklist para o cuidado de doenças crônicas. Ele oferece suporte clínico para a integração do cuidado ao paciente com múltiplos problemas e, sempre que possível, orienta o diagnóstico de condições crônicas prioritárias. O *PACK Global Adult* foi desenvolvido, testado e refinado pela *Knowledge Translation Unit (KTU) do Univerversity of Cape Town Lung Institute* em conjunto com clínicos, gestores dos Departamentos de Saúde Provincial e Nacional e outros formuladores de políticas na África do Sul. O *PACK Global Adult* foi projetado para apoiar o cuidado na atenção primária em cenários de países em desenvolvimento, nos quais recursos e habilidades clínicas são escassos e faltam evidências. Numa tentativa de fazer recomendações baseadas em evidências, pragmáticas e localmente relevantes tanto quanto possível, o *PACK Global Adult* alinha-se com a ferramenta de tomada de decisões clínicas do BMJ, o *Best Practice*, assim como os mais recentes protocolos da Organização Mundial de Saúde, incluindo a Lista de Medicamentos Essenciais. No *PACK Brasil Adulto: versão nacional* o mesmo grau de alinhamento se dá com os protocolos, normas e listas nacionais. O material é projetado para ser usado em cenários com prevalência de HIV e TB, assim como abrange doenças não transmissíveis, problemas de saúde da mulher, saúde mental e cuidados paliativos. A KTU construiu uma base de dados que usa como referência o *Best Practice* e outros protocolos que alimentam cada uma das cerca de 4000 recomendações clínicas, diagnósticas e de manejo do *PACK Global Adult*. Esta base de dados apoiou o processo de adaptação do *PACK Global Adult* para o contexto brasileiro e também serve como fonte para atualizações anuais, garantindo sua relevância ao longo do tempo.

No Brasil a adaptação do *PACK Global Adult* foi realizada em 2015 pela equipe da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

A primeira edição do PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis foi lançada em 2016, sendo que em 2017, 2018 e 2020 foram desenvolvidas e lançadas suas atualizações com base nas mais recentes evidências científicas, protocolos clínicos nacionais e na experiência/feedback dos treinadores locais, especialistas, gestores e demais profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (PACK, 2020, p. 2).

Foi avaliada dentro da sessão SM:

- Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina.

#### **4- Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2014).**

O currículo baseado em evidências é uma publicação que busca apresentar de maneira sistemática, os atributos, competências e habilidades desejáveis, essenciais e avançadas para a formação de residentes em Saúde da Família. Se propõe dessa forma a contribuir na qualificação do processo formativo dos egressos de programas de residência e conseqüentemente dos próprios profissionais atuantes na APS.

Nesse sentido, por se tratar de habilidades, competências e abordagens terapêuticas, foram abordado os aspectos relacionados à SM na sessão:

- Abordagem a problemas de SM.

#### **5- Cadernos Atenção Básica nº 34 - SAÚDE MENTAL (Brasil, 2013a).**

O Cadernos Atenção Básica nº 34, aborda temas relacionados à saúde mental, incluindo as principais demandas, fatores de risco e proteção, planos de intervenção terapêutica e métodos de acompanhamento de casos que podem ser realizadas por todos os trabalhadores de saúde. Busca fornecer informações úteis e práticas que possam auxiliar os profissionais de saúde da AB a melhorar a qualidade do cuidado em SM prestado à população.

O livro foi analisado de maneira global.

## Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi elaborada uma matriz conceitual analítica que apresenta uma categorização bipolarizada entre orientações convergentes com boas práticas de cuidado em SM na APS e orientações convergentes com práticas alinhadas com o modo psiquiátrico ou asilar (Costa-Rosa, 2000), também usada por Frosi e Tesser (2015) em estudo sobre cuidado em SM na APS de Florianópolis. Estes dois polos permitem, por hipótese, uma análise das orientações clínicas que caracterize sua convergência e divergência com as boas práticas (identificadas com a atenção psicossocial) e em que grau isso ocorre, uma vez que pode haver uma ampla zona cinzenta entre ambas ou mesmo ambiguidades e contradições dificilmente enquadráveis em uma matriz bipolar de análise.

A presente matriz avaliativa foi desenvolvida pela pesquisadora, porém apresenta grande influência dos escritos de Costa-Rosa (2000), no que se refere às diferenças entre o modo asilar e o modo psicossocial de cuidado em SM.

### **Quadro 1: Matriz conceitual analítica: Abordagem psiquiátrica x Abordagem psicossocial**

Abordagem psiquiátrica	Abordagem psicossocial
<p>Caracterizada pela assunção de uma concepção dos sintomas e sofrimentos como ‘transtornos mentais’ ou doenças (listas ou conjuntos de sintomas comportamentos, subjetivos (emocionais), ideativos e cognitivos) vistos como desequilíbrios neuroquímicos que se beneficiarão e no limite serão tratados (controlados, reequilibrados e/ou remitidos) via uso crônico de psicofármacos, principalmente (embora sejam aceitas e recomendadas outras terapias e abordagens não farmacológicas).</p>	<p>Caracterizada pela não medicalização do sofrimento psíquico, e pela evitação da ontologização dos sintomas e quadros clínicos dos pacientes em doenças ou transtornos que seriam crônicos ou vitalícios e que exigiriam a tutela e monitoramento profissional contínuo e controle bioquímico farmacológico. Entende-se que a abordagem psicossocial é considerada como boa prática em SM na APS, pressupõe-se que os psicofármacos devem ser evitados o quanto possível, e vistos, assim, como potenciais recursos de “resgate” em situações de relativa urgência, em que se justificaria sedação química momentânea de sintomas intensos dos pacientes, por sua demanda ou com sua permissão e acordo, que devem ser descartados rapidamente após saída da</p>

	<p>situação desencadeadora de seu uso ou por solicitação do paciente.</p> <p>Em outra direção, paralelamente, entende-se que a essência dessa abordagem deve consistir em auxiliar o paciente a administrar por conta própria seus sofrimentos e sua vida a partir da reconstrução de seu protagonismo e de seu reposicionamento subjetivo e intersubjetivo frente a si mesmo, aos outros e ao mundo, enfatizando a (re)conquista de progressivos graus de autonomia e a (re)construção de redes sociais mais apoiadoras, solidárias e tolerantes.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Desenvolvido pelos pesquisadores.

Dessa forma, foram analisadas os textos e materiais que servem de orientação para profissionais da APS acerca do cuidado em SM, na sua coerência interna e entre si, à luz da diferenciação de abordagem indicada, avaliando o quanto há de coerência com um ou outro polo da matriz analítica dicotômica acima; e se não há, quais as contradições e gradações existentes nessas orientações.

A análise foi realizada a partir da leitura atenta de cada um dos capítulos, textos, guias e protocolos, com sua categorização em relação à afiliação dos trechos e orientações identificadas a cada uma das abordagens. Após análise de cada texto, os textos, capítulos, guias e o protocolos foram comparados entre si (no seu conjunto em partes que possam ser correlacionadas entre si, para situações semelhantes, por exemplo, ou por gravidades dos casos, ou por intensidade do sofrimento, etc).

O produto relativo a essa análise documental está apresentado no segundo capítulo dos resultados e discussão, com artigo estendido intitulado: “Análise das orientações clínicas para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde brasileira”.

### 4.3 Grupos focais

De acordo com Barbour (2009) o Grupo Focal (GF) se caracteriza por ser um grupo de discussão que dialoga a respeito de um tema particular, vivenciado e compartilhado

por meio de experiências comuns. Costuma ser usado para problematizar uma temática, solucionar problemas e transformar realidades de modo crítico e criativo, pautando-se na aprendizagem e na troca de experiências sobre a questão em estudo. Desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, potencializando o protagonismo dos participantes na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa, “se constituindo em um processo complexo, tendo em vista a sua dinamicidade, dialogicidade e capacidade de análise e síntese reflexiva dos envolvidos” (Backes *et al.*, 2011, p. 440). Pela sua capacidade interativa e problematizadora, mostra-se coerente em estudos que têm o intuito de planejar intervenções em saúde e discussões da realidade, na medida em que se propõe a repensar de atitudes, concepções, práticas e políticas públicas (Backes *et al.*, 2011; Dall’Agnol *et al.*, 2012; Kinalski *et al.*, 2017).

Quando usados em um contexto de triangulação, a fim de obter insights sobre diferentes dimensões do mesmo objeto, os grupos focais podem ajudar o pesquisador a acessar uma compreensão mais profunda do fenômeno, fornecendo resultados a partir das interações e da forma como os participantes realizam a construção de sentido, além de possibilitarem o acesso e elucidação das estratégias coletivas elaboradas por um grupo em relação a um tema específico (Caillaud; Flick, 2017; Mishra, 2016).

Por conta dos aspectos apresentados, os grupos focais são utilizados para provocar discussões em profundidade e acessar dados que seriam mais difíceis de encontrar sem a interação grupal (Bordini; Sperb, 2013).

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados já consagrada na literatura. Se constitui basicamente, de uma discussão direcionada acerca de um tópico específico, realizada em grupo que pode variar de três a oito, ou de seis a doze componentes, com a duração média de uma hora e meia, a depender do objetivo do estudo e forma que será realizada, seja presencialmente ou de maneira virtual. Evidências e vivências recentes, referentes ao uso de tecnologias para mediação de processos trabalho e de ensino-aprendizagem, tem sugerido que especialmente no ambiente virtual, quando feitos de maneira síncrona, os grupos focais sejam organizados de maneira que a duração dos encontros e o número de participantes possam ser menores do que quando realizados presencialmente, a fim de facilitar a moderação e a análise das transcrições bem como evitar a fadiga dos participantes (Backes *et al.*, 2011; Barbour, 2009; Bordini; Sperb, 2013; Lobe, 2013).

Apesar de ainda recente, o uso dos grupos focais online como instrumentos para pesquisa é cada vez mais comum. De acordo com Mendes (2009, p. 8) esses grupos têm se revelado como “uma alternativa relativamente nova, representando mudanças metodológicas ainda não exploradas em sua totalidade, já que a internet constitui-se em um novo e importante domínio em que os grupos focais podem ser adaptados ou mesmo transformados”.

Os grupos focais síncronos, também chamados de conferência web apresentam vantagens e desvantagens quando comparados aos grupos realizados presencialmente – face a face.

Entre as desvantagens apontadas nessa modalidade virtual, podem haver algumas dificuldades em relação à condução do grupo, no que diz respeito ao risco de pouca profundidade e superficialidade dos dados. Seja pela velocidade das discussões simultâneas no ambiente online, ou pela própria forma de realização do grupo, que necessita de organização e certa ordem nas falas, pode-se apresentar dificuldades e perdas em relação à espontaneidade dos participantes, e interações/expressões não-verbais, facilitadas pelo contexto presencial. Já entre as vantagens, apontam-se a maior abrangência e rapidez e na coleta de dados, com a possibilidade de comunicação em tempo real entre vários usuários de várias localizações geográficas distintas, bem como a possibilidade de que os participantes, moderador e observador possam se ver (via uso da webcam) e se ouvir (usando microfones e alto-falantes) simultaneamente, desde que o serviço de Internet e os dispositivos necessários estejam disponíveis. Além disso, são mais baratos e econômicos; quando gravados podem facilitar a análise e transcrição dos encontros, permitindo que o pesquisador obtenha uma perspectiva mais profunda sobre o grau e qualidade da interação, envolvimento e atividades não verbais entre os participantes, além de facilitar um papel mais ativo do moderador (Lobe, 2013; Mendes, 2009; Salvador *et al.*, 2020; Tuttas, 2015).

O moderador, que geralmente é o pesquisador responsável pela pesquisa tem o papel de incentivar a discussão e manter atenção dos participantes no assunto discutido além de elaborar um guia de temas, relatar e analisar os materiais obtidos durante a realização dos grupos focais (Bordini; Sperb, 2013). O guia de temas se caracteriza como um instrumento para operacionalização dos grupos focais, estruturado em uma espécie de roteiro composto por uma ou mais questões disparadoras que deverão ser discutidas no

grupo e estarem relacionadas com o objeto a ser pesquisado, a questão de pesquisa e os objetivos almejados na investigação (Dall’Agnol *et al.*, 2012; Kinalski *et al.*, 2017).

O moderador é um facilitador do debate. Possui um papel significativo para o bom funcionamento do encontro, pois deve estar atento com as relações entre os participantes e com o processo de discussão, buscando facilitar a dinamicidade e a circularidade da fala e dinâmica grupal, inclusive detectando situações em que seja “necessário incentivar rodízio dos papéis entre os participantes para potencializar a objetividade da tarefa em meio à subjetividade inerente a cada participante do grupo, de modo a sustentar a perspectiva de produção grupal” (Bordini; Sperb, 2013; Kinalski *et al.*, 2017, p. 447). Para auxiliar na condução dos encontros, além do moderador pode(m) participar outro(s) observador(es). Na presente pesquisa a pesquisadora desempenhará papel de moderadora e o orientador ou outro pesquisador colaborador desempenhará o papel de observador participante.

Assim sendo, conforme pactuação com a gestão e os participantes, foi definido que os GF seriam de maneira virtual e síncrona, em horário alternativo ao trabalho dos servidores.

#### 4.3.1 Campo de Pesquisa

A coleta dos dados empíricos da presente pesquisa se deu no município de Florianópolis, SC. Florianópolis foi escolhida por motivo de ser uma das cidades com maior cobertura da APS no estado de Santa Catarina, sendo referência na área; por ser a cidade onde está localizado o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e conseqüentemente, ser local de moradia da pesquisadora e orientador; e porque o orientador da presente pesquisa dispõe de familiaridade e proximidade com a rede e com a gestão, o que favoreceu a inserção da pesquisadora no campo e parece ter impactado na disposição dos profissionais em participar da pesquisa. Conforme relato de uma profissional, ela só aceitou participar do GF pois era uma pesquisa do respectivo orientador (1P1).

#### 4.3.2 Participantes

##### **Recrutamento e seleção dos participantes:**

Após aprovação institucional pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e envio do ofício de autorização para início dos contatos e coleta de dados pela diretoria e gerência da Atenção Primária foi realizado contato com cada distrito sanitário solicitando o e-mail institucional das unidades de saúde sob sua gerência. Após retorno dos distritos, foi encaminhado e-mail para cada unidade, com envio do convite para participação na pesquisa e solicitação de divulgação da mesma na lista de transmissão de whatsapp institucional. Na sequência foi realizado contato com a coordenação do NASF solicitando compartilhamento da pesquisa com os profissionais que trabalham com SM, com apelo especial aos psicólogos, visto que a área da Psicologia costuma estar diretamente relacionada às ações de apoio matricial em SM, bem como os demais profissionais interessados.

### **Convite**

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da Pesquisa de doutorado intitulada: Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: boas práticas de cuidado, saberes referenciais e desafios para a Saúde da Família.

Este estudo está sendo desenvolvido pela doutoranda Ana Caroline Secco, com orientação do Dr. Charles Dalcanale Tesser, através do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo do estudo é analisar as potências, dificuldades e características da construção de boas práticas de cuidado em SM na APS. Para isso, iremos realizar dois grupos focais com profissionais de saúde, que atuam na APS com questões de SM e tenham interesse em discutir sobre a temática. Os grupos focais serão realizados de maneira virtual, e terão duração média de 1 hora. A proposta de realização dos encontros é entre o final do mês de outubro e início de novembro.

Como a comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde da SMS Florianópolis não autorizou a realização da pesquisa em horário de trabalho, estamos buscando encontrar um possível horário comum entre os participantes. Por isso, para podermos operacionalizar a pesquisa, gostaríamos que você preenchesse um formulário breve apontando sua disponibilidade. O acesso ao formulário pode ser feito através do link: <https://forms.gle/LWYozE61J9v8fpsG7>.

Sua participação é muito importante. Qualquer dúvida estamos à disposição através do e-mail: [ana.caroline.secco@gmail.com](mailto:ana.caroline.secco@gmail.com), ou pelo WhatsApp: 054 991503012.

Desde já agradecemos.

No convite, havia um link no google forms, que os profissionais interessados deveriam preencher. Neste formulário, entre outras informações solicitamos telefone para contato, disponibilidade e a indicação de outros profissionais que poderiam ter interesse em participar da pesquisa.

Dessa forma, após ter acesso ao contato telefônico, as demais tratativas e agendamentos foram realizados via WhatsApp.

Considerando baixa adesão dos profissionais, foi realizado contato telefônico com todas as unidades, sendo realizada a sensibilização dos coordenadores sobre a importância da pesquisa e solicitada maior divulgação junto aos profissionais

Concomitantemente, o orientador da pesquisa compartilhou o contato de profissionais e professores da residência de MFC que teriam interesse em abordar sobre a temática da SM, para os quais o convite foi enviado pelo whatsapp, com identificação de quem havia compartilhado o contato.

Ao final do recrutamento, foram selecionados 17 participantes, divididos entre os grupos de acordo com sua disponibilidade para participar dos encontros. Foram selecionados todos os participantes interessados e disponíveis para participar dos encontros do GF, independentemente do tempo de trabalho na rede.

Participaram da pesquisa:

<b>Médicos (as)</b>	• Médicos de Saúde da Família e Comunidade.
<b>Enfermeiros (as)</b>	• Enfermeiros da Saúde da Família e Comunidade.
<b>Profissional do Nasf</b>	• Profissional do Nasf envolvido com SM- matriciamento.

A proposta inicial contemplava o convite aos professores da Residência de Saúde Família e Comunidade que dão aula de SM por serem informantes-chave estratégicos e formadores de opinião na rede local. Porém mesmo após o convite, nenhum professor conseguiu participar.

Uma das dificuldades que podem justificar a baixa adesão, pode ter sido a necessidade de participar dos dois encontros previstos para o GF, bem como o horário

ter sido agendado à noite, fora do horário de trabalho dos professores. Esses intervenientes parecem ter impactado não apenas nos professores, mas também nos demais profissionais, que não conseguiram participar, apesar do interesse.

**Quadro 2: Caracterização dos participantes**

<b>Identificação</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de trabalho na rede de Florianópolis</b>	<b>Tipo de trabalho</b>
<b>1P1</b>	Psicóloga	13 anos	Assistencial Consultório de rua
<b>1M2</b>	Médico de SFC	3 anos	Assistencial APS
<b>1E3</b>	Enfermeiro residente SFC	Segundo ano de residência	Assistencial APS
<b>1M4</b>	Médica residente SFC	Primeiro ano de residência	Assistencial APS
<b>1M5</b>	Médico de SFC	5 meses	Assistencial APS
<b>2M1</b>	Médico de SFC	14 anos	Assistencial APS
<b>2E2</b>	Enfermeira	8 anos	Assistencial e coordenação técnica
<b>2E3</b>	Enfermeira	1 ano	Assistencial APS
<b>2M4</b>	Médico de SFC	9 meses	Assistencial APS
<b>2E5</b>	Enfermeira	17 anos	Assistencial e coordenação técnica
<b>2E6</b>	Enfermeira	9 anos	Assistencial APS
<b>2M7</b>	Médico de SFC	13 anos	Assistencial APS
<b>3E1</b>	Enfermeira	2 anos	Assistencial APS
<b>3M2</b>	Médico de SFC	14 anos	Assistencial APS
<b>2P3</b>	Psicólogo	4 meses	Apoio matricial

<b>3M4</b>	Médica residente SFC	Segundo ano de residência	Assistencial APS
<b>3M5</b>	Médico de SFC	10 anos	Assistencial APS

Fonte: Desenvolvido pelos pesquisadores.

Participaram dos encontros 9 médicos, destes 2 residentes, 6 enfermeiros, destes um residente e dois psicólogos. Dessa forma para manter a confidencialidade e anonimato dos participantes, foi codificado um número para cada profissional. O primeiro dígito é sobre os GF, primeiro, segundo ou terceiro. O segundo dígito é a categoria profissional: M = médicos, E = enfermeiros e P = psicólogo. O último dígito é a ordem dos participantes na descrição do quadro de caracterização.

Em relação ao tempo trabalhado na rede até a realização do GF, considerando todos os participantes, observa-se uma média de 6 anos e meio, tendo o trabalhador mais antigo 17 anos trabalhados e o mais novo quatro meses. Dos 17 participantes, 6 trabalham há mais de 10 anos e 3 há menos de um ano. Ainda que tenham alguns participantes com pouco tempo de rede, a maioria dos profissionais, 12 deles, ou seja, cerca de 70 % dos profissionais estão há 2 anos ou mais, critério de seleção inicialmente pensado, pois espera-se que com esse tempo de trabalho, esses profissionais tenham conhecimento empírico e vivencial das práticas clínicas de cuidado em SM na APS, com suas potencialidades e desafios, que conheçam o território e tenham vínculo com a comunidade atendida.

Dentre o tipo de trabalho, 13 profissionais trabalhavam com assistência na APS, 1 trabalhava com assistência na APS, porém no consultório de rua, 2 profissionais trabalhavam no campo assistencial e também na coordenação técnica e um profissional trabalhava com apoio matricial.

#### 4.3.3 Procedimentos

Foram realizados de forma virtual síncrona, à noite, fora do horário de trabalho dos servidores (conforme pactuação com a gestão) três grupos focais compostos por dois encontros, totalizando 6 encontros com duração média de 1 hora e 30 minutos cada um. Os encontros ocorreram sem a separação por categoria profissional (o que se

tivesse ocorrido geraria, em tese, maior homogeneidade em cada um deles), em decorrência da disponibilidade dos participantes.

**1º ENCONTRO:** Recepção, agradecimento pela participação, apresentação dos pesquisadores e participantes, do objetivo da pesquisa, das expectativas a respeito do GF e posterior discussão a partir do guia de temas.

**Objetivo do encontro:** Discutir quais são as dificuldades, problemas e limitações enfrentadas no cotidiano que dificultam que boas práticas em SM na APS possam ser realizadas.

**Guia de temas:**

- Quais são as dificuldades, problemas e limitações enfrentadas no cotidiano que dificultam que boas práticas em SM na APS possam ser realizadas?

Após debate, a moderadora realizou uma breve síntese e fechamento da sessão.

**2º ENCONTRO:** Recepção dos participantes. Retomada da síntese da semana anterior, após tratamento preliminar dos dados.

**Objetivo do encontro:** Discutir a respeito das boas práticas de cuidado em SM na APS, apontando as principais potencialidades, oportunidades, e de forma mais propositiva como operacionalizá-las no contexto dos cuidados primários, de modo a transpor o cuidado ideal para o cuidado real.

**Guia de temas:**

- Vocês conhecem experiências de boas práticas de cuidado em SM na APS? Quais?
- Se você pudesse escolher a forma como é ofertado o cuidado em saúde mental na APS, como seria?
- Vocês conhecem experiências de boas práticas de cuidado em SM na APS? Quais?
- Como operacionalizá-las no seu contexto de trabalho?

Após debate, a moderadora realizou uma breve síntese e fechamento da sessão.

**Sessão de devolução:** Apresentação dos resultados dos GF realizados.

**Objetivo:** Dar o feedback sobre os resultados da pesquisa após a finalização da mesma.

#### 4.3.4 Análise dos dados

O material resultante dos grupos focais foi analisado por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin, a qual se caracteriza por um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados aos discursos, que analisam as comunicações, decompondo-as e elencando-as em unidades de sentido para, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias definidas por sua similaridade. O seu foco é qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (Bardin, 2010).

Para Minayo (1998) análise de conteúdo deve ser realizada pelo pesquisador que busca compreender o significado das falas em seu contexto, não pela simples frequência das palavras, mas mediante o uso de inferências, conseguindo, assim, uma interpretação mais profunda, ultrapassando os significados manifestos das falas.

Inicialmente, a análise do material coletado foi realizada de forma individual, através de uma leitura atenta e exaustiva da transcrição de cada um dos encontros dos GF, na busca por aspectos que se sobressaíam.

Posteriormente, o primeiro e o segundo encontro foram analisados em conjunto nos três grupos realizados, e deram origem às categorias de análise baseadas nos temas que se mostraram relevantes, não apenas por sua frequência, mas por se destacarem no discurso dos participantes. Esses temas foram a base para posterior organização das categorias e subcategorias, tendo essa subcategorização a finalidade de colocar em evidência, dentro da categoria, aspectos que merecem ser discutidos e que mantêm dependência temática com o tópico categorizado (Turato, 2013).

Para Minayo (2014, p. 316) “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. O tema, nessa perspectiva comporta um leque de relações, que podem ser apresentadas através de uma palavra, de uma frase ou um resumo e que apresentem relevância ou valores de referência presentes no discurso, o qual corresponde a uma unidade de significação complexa de dimensões variáveis (Gomes, 2013; Minayo, 2013).

A análise de conteúdo temática apresenta três etapas, a saber: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, através de inferência e interpretação.

A primeira etapa compreende a organização dos dados, o conhecimento do material por meio de uma leitura flutuante que permite uma imersão no conjunto do corpus selecionado e a elaboração de pressupostos iniciais. A segunda diz respeito à exploração dos dados e à identificação de núcleos de sentido. E a última etapa visa à busca de sentidos e/ou relações entre as categorias, através do diálogo entre os temas e objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (Bardin, 2010; Gomes, 2013).

#### 4.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi fundamentada nas diretrizes éticas e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016b) e Resolução CNS nº 580/2018 (Brasil, 2018). Ela passou por todas as etapas necessária para a aprovação ética da realização de pesquisa com seres humanos, iniciando com a apresentação do mesmo à Secretaria de Saúde do município de Florianópolis, SC, via gerência de APS, para pré-aprovação e ciência institucional, logo após foi apreciada e aceita pelo Comitê de Ética (CAAE: 46193721.7.0000.0121). Foram realizadas as pactuações necessárias e os convites para os participantes da pesquisa.

Durante a pesquisa, foram respeitados os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, bem como todos os trâmites legais e cuidados éticos para realização de pesquisa com seres humanos.

No que tange à participação nos grupos focais, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice 1). Esse documento foi elaborado pelos pesquisadores e buscou informar em linguagem clara e compreensível os propósitos do estudo, os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, permitindo, dessa maneira, uma decisão autônoma, consciente e esclarecida dos sujeitos em participar ou não da pesquisa (Brasil, 2016b).

Em relação aos riscos para os participantes, eles foram considerados pequenos. Para os profissionais de saúde, tais riscos se referem a sobretudo a situações de mal-estar, incômodo ou sofrimento possivelmente decorrentes da tematização e discussão de realidades e experiências de trabalho profissional no cuidado de usuários com problemas de SM nos seus serviços. Tais riscos podiam ser gerenciados com suspensão temporária ou definitiva da sua participação ou encaminhamento a um serviço de saúde. Em última

instância, no caso de haver algum dano decorrente da participação na pesquisa, os participantes serão indenizados pelos pesquisadores, conforme legislação em vigor, mas nenhuma intercorrência ou mal estar ocorreu.

## 5. Resultados e discussão

---

Os resultados e discussão do presente trabalho foram apresentados em parte na forma tradicional de tese, em parte sob o formato de artigos, e estruturados em três capítulos. Conforme normas institucionais e regimentais vigentes, orienta-se a apresentação de dois artigos (mesmo no formato tradicional de tese), a fim de se cumprir os requisitos necessários à defesa. Dessa forma, o primeiro capítulo foi apresentado em formato de artigo; o segundo capítulo é apresentado em formato de artigo estendido, com sua versão reduzida (para publicação) apresentada no anexo 1; e o terceiro capítulo apresenta a análise dos Grupos Focais, que foi subdividida em dois grandes eixos: o primeiro versando sobre os principais desafios enfrentados para a implementação de boas práticas de cuidado e o segundo sobre as potencialidades e boas práticas de cuidado em SM na APS, os quais também foram subdivididos em outras categoriais para melhor compreensão e aprofundamento da análise.

### Capítulo 1: Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

O primeiro artigo, decorrente da primeira proposta metodológica é um ensaio teórico buscando a atualização dos argumentos e da ancoragem científica da tese defendida por Whitaker em seu livro: “Anatomia de uma epidemia: drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental”, de que se deve evitar prescrever o uso de psicofármacos; e, caso seja iniciado o uso, que seja como sintomático agudo pelo menor tempo possível. Dessa forma, a partir da síntese do livro e de revisão de literatura sobre o tema, concluiu-se que a tese de Whitaker segue sendo atual e que parecem haver indícios bem fundamentados de que o uso de psicofármacos causa mais prejuízo/malefício do que benefício, especialmente nos casos leves de SM acompanhados no contexto da APS.

Esse artigo foi recentemente publicado na revista Saúde em debate.

- Secco, A. C., & Tesser, C. D.. (2023). Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Em Debate*, 47(139), 941–956. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313916>.

## Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

*Revisiting Whitaker: psychotropic drugs and Mental Health care in Primary Health Care*

Ana Caroline Secco<sup>1</sup>, Charles Dalcanale Tesser<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202313916

**RESUMO** Os Problemas de Saúde Mental (SM) e o uso indiscriminado de psicofármacos são problemas de grande relevância para a Atenção Primária à Saúde (APS) e a saúde pública. O objetivo deste ensaio é apresentar uma fundamentação atualizada da tese de Robert Whitaker, desenvolvida no livro 'Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental'. É apresentada uma síntese do livro, acrescida de comentários sobre determinados temas, visando à melhor ancoragem científica dos argumentos. A tese defendida é que se deve evitar prescrever o uso de psicofármacos; e, caso seja iniciado o uso, que seja como sintomático agudo pelo menor tempo possível. Os argumentos giram em torno de que há evidências favoráveis apenas para redução de sintomas, para algumas dessas drogas e para curtos períodos de uso. Com seu uso crônico, há piora em longo prazo quanto à estabilidade, autonomia e funcionalidade social, com problemas graves de abstinência. Especialmente na APS (e também nos serviços especializados em SM), os profissionais deveriam ter uma abordagem mais crítica dos psicotrópicos e investir em outras abordagens terapêuticas, para fazerem algo melhor, menos iatrogênico e tão ou mais eficaz para os pacientes com problemas de SM no longo prazo.

**PALAVRAS-CHAVE** Psicotrópicos. Doença iatrogênica. Assistência à saúde mental. Prevenção quaternária.

**ABSTRACT** *Mental Health (MH) issues and the indiscriminate use of psychotropic drugs are a great deal of a problem for the Primary Health Care (PHC) and public health. The aim of this article is to show an updated basis from Robert Whitaker theses in his book 'Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness'. It is presented a synthesis of the book, with specific comments about some topics, aiming for better scientific base of the arguments. The thesis endorses that prescribing psychotropic drugs must be avoided; and, if required, it must be as an acute symptomatic scenario for the least time as possible. The study has positive evidence that a few of these drugs only reduces symptoms, for a short period of time. If chronic used, in a long-term scenario, it seems to actually reduce stability, autonomy and social functionality, leaving the user with serious abstinence from the drug. Specially in PHC (and also in MH specialized services), professionals should have a mindful and discerning approach to psychotropic drugs, and invest in other therapeutic strategies, in order to do something better, less iatrogenic and as effective or more for the mental health patients in the long term.*

**KEYWORDS** *Psychotropic drugs. Iatrogenic disease. Mental health assistance. Quaternary prevention.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. [ana.caroline.secco@gmail.com](mailto:ana.caroline.secco@gmail.com)



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## Introdução

Os Problemas de Saúde Mental (PSM) são de alta prevalência e importância, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1-3</sup>. A APS, ou atenção básica, pode ser entendida como a rede de serviços de saúde de primeiro contato acessível diretamente pelos cidadãos, que deve concretizar os atributos descritos por Starfield<sup>4</sup> – acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação de cuidado, abordagem familiar e comunitária e competência cultural. Ela é identificada preferencialmente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), único esquema organizativo brasileiro que oferece cuidado generalista a coortes de usuários territorializados, e cujos resultados se mostraram superiores aos serviços sem ESF<sup>5</sup>. A APS, na concepção de Alma-Ata<sup>6</sup>, também envolve ações políticas, sociais, econômicas e educacionais transcendentais ao setor saúde e importantes para a Saúde Mental (SM), mas essas dimensões não serão tratadas aqui.

Os PSM foram realçados pela ampliação do escopo dos diagnósticos psiquiátricos e pela criação de novos diagnósticos (ou subdivisão de antigos)<sup>7-10</sup>, associada à progressiva massificação do uso de psicotrópicos<sup>11,12</sup> e à crescente medicalização das vivências e dos sofrimentos da vida<sup>13-16</sup>. Isso transformou o cuidado em SM e o uso de psicofármacos em problemas de grande relevância para saúde pública e para a APS, especialmente para os médicos e a Medicina de Família e Comunidade (MFC)<sup>17,18</sup>.

Tal problema se conecta ao movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), cuja trajetória iniciou pelo desmonte dos manicômios e a criação de uma rede de serviços substitutivos, territorializados e ambulatoriais especializados em SM, e só depois se dirigiu para a APS. Assim, as ideias e propostas assistenciais da RP apenas parcialmente adentraram a APS e a MFC.

Apesar desse descompasso, a APS é um locus fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a qual foi instituída

como estratégia de atenção à SM no SUS<sup>19</sup>. A APS tem grande relevância no cuidado aos PSM, em sua maioria, tratados nesse nível de atenção por sua maior capilaridade nos territórios, por ser a porta preferencial de entrada no SUS e por ser a coordenadora do cuidado<sup>20-22</sup>.

Mesmo nos discursos da RP, parece haver um ecletismo relativamente pouco crítico ao uso dos psicotrópicos, embora sejam priorizadas outras estratégias terapêuticas, geralmente a eles associadas. A esse respeito, no livro ‘Anatomia de uma epidemia’<sup>23</sup> e, posteriormente, em complementações da obra e resposta às críticas em publicações subsequentes<sup>24,25</sup>, Robert Whitaker defende que o uso de psicotrópicos para tratamento de PSM, apesar de poder ter, conforme o tipo de droga, fortes efeitos de sedação de sintomas em curto prazo e alguma ‘normalização’ de comportamentos (atenuando tensões sociais e familiares que acompanham os PSM mais intensos), gera, por outro lado, piora da evolução em longo prazo em aspectos relevantes, como estabilidade clínica, funcionalidade, reinserção social, autonomia etc.

O objetivo deste ensaio é oferecer uma re-visitação dessa tese, que não é ancorada em nenhuma concepção particular de saúde ou doença mental. Metodologicamente, realizou-se uma síntese livre do livro de Whitaker, seguindo sua sequência, com comentários específicos sobre tópicos selecionados e atualização da sua ancoragem científica. Capítulos que descrevem experiências de pacientes não são abordados. Resumiram-se os principais argumentos, com ênfase nos neurolépticos, depositários de maior crença entre profissionais e pacientes, e nos antidepressivos. A esquizofrenia e a depressão foram enfatizadas por serem os extremos de gravidade e prevalência, respectivamente. Não foram atualizados as evidências e os argumentos para os demais PSM abordados no livro, para os quais ofereceu-se uma síntese do conteúdo dos capítulos respectivos.

## O contexto pré-psicofármacos

O capítulo 1 descreve o discurso psiquiátrico entusiástico sobre a descoberta e o uso dos psicotrópicos, mostrando a crença e a expectativa no poder desses novos medicamentos. Difundia-se na época, que o uso de psicofármacos potentes, especialmente a clorpromazina, tinha revolucionado o tratamento das doenças mentais, salvando e melhorando a vida de muitas pessoas. Sua utilização na psiquiatria foi comparada à introdução da penicilina na medicina, pois, assim como a penicilina havia revolucionado o tratamento de doenças bacterianas, a clorpromazina havia trazido uma abordagem inovadora para o tratamento de transtornos psiquiátricos.

Se isso fosse verdade, seria de se esperar que o número per capita de inválidos por PSM houvesse diminuído, e depois novamente diminuído com a chegada da segunda geração dos psicotrópicos (fluoxetina, em 1988). Deveríamos ter visto uma queda em duas etapas nas taxas de invalidez. Porém, ao contrário, à medida que se desdobrou a revolução psicofarmacológica, o número de casos de invalidez por doença mental nos EUA teve um aumento vertiginoso, especialmente após a disseminação do Prozac e outros psicofármacos de segunda geração.

Nesse sentido, nos EUA e em outros lugares, esses índices vêm aumentando progressivamente. Com relação à invalidez, quando se considera apenas esse componente no cálculo de carga de doença, os PSM são responsáveis por 31% dos anos vividos com invalidez<sup>26</sup>, sendo que, no Brasil, PSM representam 21,5% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade<sup>27</sup>. Além disso, os PSM também estão associados ao mau prognóstico de comorbidades e impactos na produtividade econômica e nos custos sociais e de assistência à saúde, com sobrecarga importante nos sistemas de saúde e previdenciário<sup>1,26-30</sup>. Ainda que nas últimas décadas tenha se visto uma mudança significativa nas opções farmacológicas, não houve aumento equivalente de casos recuperados<sup>31-34</sup>.

O capítulo 2 narra histórias de usuários de psicotrópicos, e o 3 é dedicado a revisar a história da quimioterapia no século 20 e as ideias que a orientam, de modo a contextualizar os cuidados em SM e o ideário otimista, esperançoso para com a farmacoterapia. Desde o salvarsan, em 1910 (usado para a sífilis), passando pela insulina animal, em 1922, e a penicilina, em 1935, não se tinha nada equivalente para os PSM, apenas tratamento moral e laboral em internações psiquiátricas. De 1930 ao início de 1940, usaram-se o coma insulínico, a convulsoterapia e a lobotomia como tratamentos nessa direção.

Em 1946, houve direcionamento de verbas governamentais para a SM nos EUA, e, em 1949, foi criado o NIMH (National Institute of Mental Health), para atender às sequelas das guerras e ao clamor pela humanização dos manicômios. Essa época, que precede os psicotrópicos, é de valorização e reconhecimento progressivo da importância da SM e de uma expectativa de aplicação de terapias biomédicas: os PSM exigiriam tratamentos semelhantes aos das doenças físicas, como, por exemplo, apendicite ou pneumonia.

## O nascimento dos psicofármacos

O capítulo 4 conta a história do nascimento acidental dos psicotrópicos e a associação dos médicos norte-americanos com a indústria farmacêutica, a partir da década de 1950. O modelo da medicina (1º – identificar a fisiopatologia do distúrbio; 2º – desenvolver um tratamento que agisse contra ela) não foi seguido no desenvolvimento dos psicofármacos. As fenotiazinas eram corantes e foram estudadas para serem antibióticos/vermicidas, sem sucesso. Posteriormente, uma delas mostrou-se anti-histamínica, a prometazina, apresentando, também, efeito tranquilizante e hipnótico, relaxando e deixando sonolentos pacientes cirúrgicos. A partir desse achado, os químicos se puseram a estudar e desenvolveram um derivado mais potente, a

clorpromazina, que produzia efeitos semelhantes à lobotomia, agora de forma medicamentosa e não mais mecânica.

Estudos recentes desse psicofármaco recontam a história da psiquiatria, a partir de uma vertente biologicista, e suas repercussões e desdobramentos até hoje<sup>35</sup>. Por exemplo, Caponi<sup>36</sup> discute, a partir do referencial foucaultiano, a suposta revolução psicofarmacológica, suas bases epistemológicas e o processo associado de medicalização social crescente, reforçando de maneira detalhada os argumentos de Whitaker.

A seguir, na Inglaterra, procurando produzir antibióticos, descobriram-se os efeitos relaxantes musculares de uma droga derivada de um produto para higiene doméstica, a mefesina, mas de ação muito curta. Dela, desenvolveu-se o meprobomato, que foi para o mercado como ansiolítico (na linguagem atual) nos EUA, com o nome comercial de Miltown. As empresas concorrentes logo procuraram outras drogas 'domesticadoras', e o clordiazóxido (Librium) foi para o mercado em 1960. Na mesma época, a partir de combustíveis de foguetes, produziram-se antibióticos, e de um de seus efeitos adversos nasceu o primeiro antidepressivo (iproniazida).

Em paralelo, na mesma época, está ocorrendo a associação dos médicos com a indústria farmacêutica nos EUA. Esses passam a controlar, via receituário, o acesso a certas drogas, como antibióticos e outras. Quando chegaram os psicofármacos, a Associação Médica Americana (AMA) alinhou-se aos profissionais na propaganda das novas drogas em um negócio altamente lucrativo para todos, permitindo marketing agressivo nas publicações médicas.

Como resultado, tanto a renda dos médicos aumentou, duplicando no período de 1950 a 1959, quanto a receita das empresas farmacêuticas, que ultrapassou um bilhão de dólares em 1957. Naquele momento, os lucros astronômicos fizeram da indústria farmacêutica uma das favoritas dos investidores de Wall Street.

As notícias sobre a clorpromazina eram de uma droga milagrosa, e o lançamento do

primeiro ansiolítico foi um sucesso. Devido à influência da psicanálise sobre os psiquiatras da época, na promoção inicial, alegava-se que, apesar de seu efeito em deixar os pacientes relaxados e suscetíveis ao tratamento, a clorpromazina e o Miltown eram coadjuvantes do processo psicoterápico e não o tratamento para as doenças mentais, na medida em que se buscava produzir um efeito específico a partir do uso de um elemento neurofarmacológico.

Contudo, logo depois, essa cautela foi abandonada. Após chegar a imiprimina, em 1959, nasceu o termo 'antidepressivo', em um jornal de renome ('Times'). Pouco depois, um artigo de um psiquiatra afirmou que os psicotrópicos poderiam ser comparados à insulina, pois atuavam como neutralizadores dos sintomas dos transtornos mentais, assim como a insulina dos sintomas de diabetes<sup>37</sup>.

Em 1963, o NIMH classificou a clorpromazina, com base em um estudo de seis semanas, "como antiesquizofrênico em sentido lato"<sup>38(257)</sup>. Estava finalizada a transformação das drogas poderosas nascidas quase ao acaso em remédios específicos para a química cerebral supostamente doente nos PSM. Sem nenhuma fundamentação científica para além do efeito sintomático potente de curto prazo, houve a conversão de sintomáticos agudos em antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos.

Uma suposta fundamentação da plausibilidade biológica veio logo em seguida, com a elucidação da fisiologia neuroquímica das sinapses, ainda na década de 1950; e na década seguinte, um mecanismo de ação para a imipramina. Em 1965, foi publicada uma teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos, dando nascimento explícito à psiquiatria biológica. Ao final da década de 1960, a psiquiatria considerava ter feito uma revolução do bem. Em 1967, um em cada três adultos norte-americanos recebeu uma receita de um medicamento psicoativo<sup>39</sup>.

No capítulo 5, Whitaker aborda a caçada aos desequilíbrios químicos, que deveriam fundamentar teórica e cientificamente as crenças já em vigor a partir da década de 1960. Sua

conclusão, contudo, foi que tanto a hipótese da depressão por baixa serotonina quanto a hipótese da esquizofrenia por excesso de dopamina, alicerces da teoria dos desequilíbrios químicos, haviam se mostrado falhas no fim da década de 1980. Da mesma forma, outros distúrbios mentais que haviam sido associados a problemas neuroquímicos não tiveram comprovação nem evidências suficientes que corroborassem essa hipótese.

No entanto, a crença nos desequilíbrios químicos persistiu. Isso levou os investigadores desse tema a enfatizar repetidas vezes a mesma conclusão de que os dados não corroboravam nenhuma das teorias bioquímicas até então defendidas<sup>40</sup>. Mesmo assim, a teoria sem fundamento foi sendo repetida e foi novamente consagrada popularmente quando do lançamento da Fluoxetina. Todavia, mesmo ali, ficou claro na literatura que as drogas não corrigiam a neuroquímica do cérebro, mas a modificavam.

Sobre a teoria do desequilíbrio neuroquímico, estudos vêm corroborando sua não fundamentação em dados empíricos<sup>36,41-50</sup>. Recentemente, a maior revisão sistemática de literatura já feita sobre o tema, analisando as publicações sobre a teoria serotoninérgica da depressão até 2020, mostrou que não existem “evidências convincentes para uma base bioquímica da depressão”<sup>51(12)</sup>. Os pesquisadores apontam que nos estudos analisados não foram encontrados indícios de causalidade ou associação da depressão com atividades mais baixas ou menor concentração de serotonina. Pelo contrário, parece haver evidências significativas de que o uso em longo prazo de antidepressivos esteja relacionado a redução da concentração de serotonina, o que também foi corroborado por Pech et al.<sup>52</sup>.

## Os efeitos em longo prazo dos neurolépticos

O capítulo 6 entra nos resultados clínicos em longo prazo e sustenta a principal tese do livro: os psicotrópicos cronicam os PSM

dos pacientes. A metodologia que tenta seguir é direta: na falta de psicotrópicos e medicamentos antipsicóticos, como evoluíram os pacientes (taxas de recuperação e reinserção social) ao longo do tempo?

Começando pela esquizofrenia, o autor constata que o eugenismo mental do início do século XX nos EUA fazia com que os esquizofrênicos fossem nessa época internados vitaliciamente. O fato de os esquizofrênicos nunca deixarem os hospitais foi visto como prova de que a doença era crônica e irremediável. Depois da Segunda Guerra Mundial, porém, a eugenia caiu em descrédito, pois era a filosofia da sociedade nazista. A política social se modificou, e os índices de alta hospitalar dispararam. Como resultado, há um breve intervalo, entre 1946 e 1954, no qual podemos verificar como se saíam os pacientes recém-diagnosticados como esquizofrênicos e, desse modo, ter uma ideia dos ‘resultados naturais’ da esquizofrenia antes da chegada da clorpromazina. Analisando dados da época, Whitaker conclui que em torno de 75% dos pacientes internados por surto psicótico estavam de alta após alguns anos e vivendo em comunidade, antes dos psicotrópicos; mais da metade deles não apresentou recaídas nos anos subsequentes, e somente cerca de 20% precisaram se manter continuamente hospitalizados<sup>53-55</sup>. Não encontramos na literatura mais recente contestações a essas estimativas.

Os dados dos hospitais da época indicam que a entrada da clorpromazina no mercado na primeira década não alterou a porcentagem de alta para mais. O que gerou uma desospitalização maciça na década de 1960 foi uma mudança política de transferência de pagamentos do *medicaid* e *medicare*, que, a partir de 1965, subsidiou a internação de doentes mentais em asilos e clínicas comunitárias e não em hospitais – o que fez que houvesse uma avalanche de transferências desses pacientes para esse tipo de clínica.

Os estudos de intervenção que se iniciaram via NIMH (porque as indústrias nessa

época não eram obrigadas a fazê-lo) foram desenhados para 6 semanas de acompanhamento, e foram realizadas centenas deles nos anos e décadas posteriores. Tais estudos revelaram que os sintomas psicóticos eram sensivelmente reduzidos com clorpromazina e outros neurolépticos. Porém, quanto aos efeitos de longo prazo, o estudo modelo foi estudar a retirada abrupta da droga em pacientes usuários e avaliar as recaídas em 10 meses ou um ano. Os resultados favoreceram os psicotrópicos, mas pouco sobre a evolução desses pacientes se sabia além da redução nos escores dos sintomas no curto prazo e nas recaídas de ainda relativamente curto prazo<sup>56</sup>. Um editorial de 2002, da *European Psychiatry*, afirmou que, após cinquenta anos de neurolépticos, não havia nenhuma prova convincente sobre a eficácia dos tratamentos da esquizofrenia no longo prazo<sup>57</sup>.

Whitaker vasculha outros resultados da época inicial da clorpromazina: há registro de maior tendência de recaída quanto maior for a dose. A isso se associaram registros observacionais do fenômeno da síndrome da porta giratória: os egressos das internações tomando neurolépticos voltavam muito mais aos pronto-socorros e reinternavam. Um estudo identificou que a porcentagem de pacientes com autonomia cinco anos após alta caiu com o uso de neurolépticos. Pacientes livres de recaídas em cinco anos caíram de 45% para 30%<sup>58</sup>. Três estudos financiados pelo NIMH mostraram piores resultados em longo prazo para os pacientes usuários de neurolépticos<sup>59-61</sup>. O autor continua seguindo vários estudos igualmente convergentes nos anos seguintes, até o início do século XXI. No último capítulo do livro, são visitadas experiências de tratamento sem ou com pouco uso de neurolépticos, concluindo que, apesar dos efeitos sedativos dos sintomas agudos, esse tratamento tem, em longo prazo, efeitos prejudiciais relacionados à sua não utilização ou à menor utilização.

Embora não exista consenso na literatura científica acerca do uso de neurolépticos no longo prazo, as conclusões de Whitaker parecem ser corroboradas por alguns estudos recentes que apontam para a tendência de cronicidade do seu uso<sup>62</sup>, para uma percepção de baixo custo-efetividade em longo prazo<sup>63</sup>, assim como para um maior risco e acentuação de eventos adversos, especialmente com a cronicidade do uso<sup>63-67</sup>, o que precipita a descontinuação por parte de alguns usuários<sup>67</sup>, em contraste com importante remissão dos sintomas psicóticos, melhores taxas de recuperação e melhores resultados em longo prazo, especialmente em termos funcionais, cognitivos, sociais e laborais em pacientes com menor ou nenhum uso de psicofármacos<sup>68-79</sup>.

## A saga dos chamados ansiolíticos

O capítulo 7 trata dos benzodiazepínicos, os primeiros ansiolíticos. Essa é a única categoria dos psicofármacos para as quais se tem maior crítica disseminada entre médicos e população atualmente. O autor sintetiza sua eficácia a curto prazo, a síndrome de abstinência e os vários problemas em longo prazo.

Aponta que, em curto prazo, essas drogas oferecem alívio, melhorando os sintomas ansiosos. Contudo, no decorrer do tempo, alteram o sistema de neurotransmissores, o que suscita adaptações cerebrais compensatórias. Consequentemente, quando da retirada do medicamento, há maior vulnerabilidade a recaídas, o que pode levar ao uso prolongado, muitas vezes por tempo indeterminado, e à cronificação dos sintomas.

As considerações do autor acerca dos benzodiazepínicos encontram ancoragem em recentes estudos que apontam para o crescente aumento de prescrições dessa classe de medicamentos e seu uso indiscriminado, e para os efeitos nocivos do uso dessas medicações, especialmente em longo prazo<sup>80-84</sup> e em idosos<sup>85-90</sup>.

## Os antidepressivos

O capítulo 8 trata da depressão, também com um retrospecto histórico e narrativo dos estudos e das teorias sobre a depressão. Novamente, o autor conclui que os medicamentos, agora muito menos poderosos sintomaticamente no curto prazo, têm efeitos prejudiciais em longo prazo na cronificação do uso.

As conclusões de Whitaker sobre os antidepressivos são fortemente reforçadas por estudos que indicam que o uso de antidepressivos é bastante prevalente e está aumentando em longo prazo<sup>91</sup>; que seu uso prolongado, além de não apresentar justificativa clínica<sup>92</sup>, parece estar relacionado a piores resultados<sup>93-95</sup> e a possíveis efeitos iatrogênicos que aumentam a cronicidade e a vulnerabilidade aos episódios depressivos<sup>96-98</sup>. Tais estudos mostram, também, efeitos de abstinência frequentemente graves quando da retirada<sup>99-103</sup>, e efeitos adversos importantes<sup>104</sup>, podendo prejudicar a recuperação e aumentar o risco de reinternação<sup>96</sup>.

Além disso, estudos com antidepressivos x placebo vêm demonstrando alto risco de viés e questionável significância clínica<sup>105-108</sup>. Considerando o tamanho do efeito, seria necessário tratar pelo menos 9 pacientes para que 1 tivesse benefício. Ou seja, 8 pacientes serão expostos aos efeitos adversos desses psicofármacos sem receber nenhum benefício adicional em relação ao placebo<sup>109,110</sup>. Dessa forma, as evidências indicam que os antidepressivos parecem causar mais malefícios que benefícios, especialmente em longo prazo<sup>94,111-113</sup>.

## Outras doenças raras ou que viraram comuns

O capítulo 9 trata da doença bipolar. De modo semelhante, Whitaker conclui com uma tabela (p. 203), em que se mostra a redução dos bons resultados funcionais e cognitivos na

perspectiva de melhoria em longo prazo na era pós-lítio. O capítulo 10 discute a mudança gestáltica que faz com que vejamos apenas doenças cada vez mais graves e vitalícias com inícios cada vez mais precoces na tenra infância, em vez de percebermos iatrogenias em longo prazo do uso de psicotrópicos sucessivos cada vez mais facilmente prescritos. O capítulo 11 vai tratar da epidemia de transtornos psiquiátricos em crianças, iniciando pelo TDAH, que se desdobra na bipolaridade infantil, cujas cifras de diagnose e tratamento crescem e pioram as estatísticas de sequelas e de funcionalidade em longo prazo. O capítulo 12 trata dos adolescentes, que, agora na era pós-psicotrópicos, podem ter todos os PSM dos adultos e das crianças, e tanto mais cronicamente quanto mais cedo entram na medicalização psicofarmacológica.

## A construção de uma ideologia

Os capítulos 13 e 14 fazem uma análise da trajetória social, ideológica e político-econômica da psiquiatria norte-americana. Mostram a sua adesão à opção por publicidade e propaganda de uma ideologia que não resiste ao questionamento científico e histórico, mas foi vitoriosa na sociedade, na ciência e na corporação psiquiátrica, com o apoio do NIMH dos EUA, em associação com a indústria dos fármacos e com uma ocultação sistemática de resultados que, especialmente em longo prazo, contradizem a propaganda. O capítulo 15 fala sobre os lucros, a associação da indústria com as associações de usuários e com profissionais e as cifras astronômicas desse mercado.

Esses capítulos lançam luz sobre a história construída pela psiquiatria, a fim de manter a ilusão social da solidez dos benefícios do tratamento psicofarmacológico. Para isso, intencional e conscientemente, optou-se por superestimar os resultados positivos e esconder a precariedade dos resultados em longo prazo, além de silenciar os críticos. O fato de

a psiquiatria ter recorrido a esse método de criação narrativa é indicativo de demérito, superando amplamente o impacto que qualquer estudo individual poderia ter.

Esses capítulos continuam muito atuais. Estudos recentes reforçam resultados apresentados no livro e levantam dúvidas sobre a integridade da literatura científica psiquiátrica e seu impacto na prática médica. Eles têm mostrado, além de falhas metodológicas e vieses de diversas naturezas, evidências de planejamento e seletividade na execução e publicação de resultados de ensaios clínicos com psicofármacos<sup>114-119</sup>, inclusive com a cumplicidade de algumas revistas médicas em “não cumprir os padrões da ciência e revisão por pares”<sup>120(993)</sup>, uso de estratégias de spin (estratégias de publicidade que induzem os leitores ao erro na avaliação da segurança ou dos efeitos benéficos das intervenções experimentais apresentadas)<sup>121</sup>, ocultação e recodificação de eventos adversos, entre outros<sup>64,112</sup>, apontando para uma baixa a moderada certeza de evidência<sup>110</sup>. Existem fortes indícios de superestimação da eficácia dos psicotrópicos e de subestimação dos danos associados<sup>94,105,112,117</sup>.

Além disso, pesquisas recentes reiteram o conflito de interesses presente em estudos sobre o uso e a eficácia de psicofármacos financiados pela indústria farmacêutica, bem como o seu papel tendencioso e da psiquiatria nesse cenário<sup>36,41,49,105,112,116,119,120,122-124</sup>.

Por fim, o capítulo 16 comenta sobre experiências alternativas de cuidado em SM e seus melhores resultados. Entre elas, destacamos a metodologia do Diálogo Aberto (DA). Desenvolvida e aplicada na Finlândia, apresenta os melhores indicadores de evolução em longo prazo do mundo, com um mínimo de uso temporário de psicotrópicos e muito apoio e mediação social, cuidado, diálogo e abordagens psicológicas. Os bons resultados do DA seguem sendo observados em estudos longitudinais e de revisões de literatura<sup>65,79,125-129</sup>, revelando que se pode desviar em grande medida dos psicofármacos com melhores resultados.

Embora uma análise crítica extensiva do livro de Whitaker não esteja no escopo desse artigo, vale comentar que um dos limites do livro é que ele não aborda a fragilidade epistemológica dos diagnósticos psiquiátricos, que passaram por grandes transformações na era psicofarmacológica, objeto de análise e críticas que apontam os seus problemas epistemológicos e sociais<sup>130-132</sup>. Talvez uma das culminâncias dessas críticas tenha sido a proposta, por psiquiatras ingleses, de uma ‘psiquiatria centrada nas drogas’ (em vez de uma psiquiatria centrada nas doenças ou nos transtornos), que dispensa as categorias nosológicas psiquiátricas ao constatar que o uso dos psicofármacos não trata doenças ou transtornos, embora possa ter efeitos sintomáticos que podem fundamentar seu uso (preferencialmente, a ser evitado), sempre temporário e com grandes efeitos adversos de curto e sobretudo de longo prazo, além de excessiva medicalização dos PSM<sup>42,113,133,134</sup>.

## Considerações finais

Da tese de Whitaker, que se mostra cada vez mais fortalecida, deduz-se a diretriz clínica genérica de evitar enfaticamente o uso de psicofármacos. Caso seja iniciado esse uso, que seja como sintomático agudo pelo menor tempo possível, sem seu prolongamento, sendo o uso crônico ativamente evitado, para quaisquer que sejam os psicotrópicos e quaisquer que sejam os PSM. Ela é baseada na história social e científica da psiquiatria, especialmente da psiquiatria norte-americana, bem como em evidências científicas de vários tipos disponíveis.

O argumento central da tese é que os psicotrópicos, para além de não tratarem ou controlarem PSM, quando são eficazes, apenas têm efeitos sintomáticos sedativos em curto prazo e são iatrogênicos em longo prazo, o que outros pesquisadores também reconhecem<sup>93-98,108,111,135,136</sup>. Portanto, frente a experiências relativamente exitosas de cuidado

que prescindem desses fármacos, eles seriam praticamente desnecessários para o cuidado em SM, sendo considerados sintomáticos perigosos e evitados pela sua iatrogenia e medicalização cronicante. Um corolário disso é que, em vez de serem considerados terapia de primeira linha, os psicofármacos deveriam ser tratados como uma terapia de fim de linha, precário e iatrogênico. Uma perspectiva muito distante da atualmente mais presente na psiquiatria, na medicina em geral e na MFC.

Se houver verdade nessa tese, e considerando as evidências apresentadas, parece que MFC e os demais médicos da APS e de outros ambientes precisam rever sua adesão ao uso de psicofármacos, defrontando-se com o desafio de reconhecer que a diretriz para um melhor resultado clínico, incluindo em longo prazo, é um ecletismo terapêutico em que os psicofármacos estarão na última escolha, para uso temporário, breve e indesejável.

A grande dificuldade de enfrentar esse desafio na realidade brasileira atual não deve obscurecer sua importância institucional, clínica, científica e ética. Em uma perspectiva da macrogestão do SUS, isso indica a necessidade de um esforço especial e articulado entre gestores federais e estaduais da APS e da SM (e também da educação superior e assistência social), para criar condições assistenciais e competências nos serviços e profissionais especializados em SM e (especialmente) de APS (articulando-os intimamente), para que

estejam cada vez mais disponíveis os cuidados em SM não psicofarmacológicos, que envolvam os pacientes, suas famílias e as redes de relações sociais e comunitárias, em uma perspectiva de empoderamento individual e coletivo, de direitos humanos, justiça social, redução de iniquidades e fortalecimento, capilarização e melhor qualificação da Raps e da APS.

Em uma dimensão de microgestão, cada equipe de profissionais da APS, especialmente as da ESF, e sobretudo cada médico devem desenvolver uma abordagem mais criteriosa e crítica diante dos psicotrópicos, sabendo que podem propor um cuidado melhor, menos iatrogênico, menos medicalizante e tão ou mais eficaz para seus pacientes com PSM. Tais equipes devem ser protagonistas da exploração e construção de recursos comunitários, clínicos e institucionais a serem usados, em parceria com os profissionais especializados em SM.

Construir as condições institucionais (infraestrutura de serviços e de profissionais) e educacionais (graduação, residências e educação continuada) necessárias a essa mudança íntegra esse desafio urgente e necessita ser mais debatido, investigado e experimentado.

## Colaboradores

Secco AC (0000-0002-2495-6678)\* e Tesser CD (0000-0003-0650-8289)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(3):623-32.
2. Souza LS, Barbosa B, Silva CO, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. port. enferm. saúde mental*. 2017; (18):59-66.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Murcho N, Pacheco E, Jesus SN. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Rev. port. enferm. saúde mental*. 2016; 15(15):30-6.
4. Starfield B. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
5. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):361-78.
6. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 1978 set 6-12. Alma-Ata; USSR; 1978. [acesso em 2023 ago 22]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf).
7. Soalheiro NI, Mota FS. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. *Rev. polis psique*. 2014; 4(2):65-85.
8. Magalhães VP. Anatomia de uma epidemia: pilulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. *ECOS*. 2017; 1(8):168-73.
9. Caponi S. Uma biopolítica da indiferença: a propósito da denominada Revolução Psicofarmacológica. In: Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, editores. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodini Editora Ltda; 2018. p. 17-37.
10. Rodrigues MAP, Facchini AL, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(1):107-14.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos\\_medicalizacao\\_recomendacoes\\_estrategia\\_led.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_led.pdf).
12. Nations United. *Report of the International Narcotics Control Board for 2017*. Viena: United Nations; 2018. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual\\_Report/E\\_2017\\_AR\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/E_2017_AR_ebook.pdf).
13. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(19):61-76.
14. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20):347-62.
15. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17(2):1-27.
16. Santos RB, Zambenedetti G. Understanding the current medicalization process in the mental health context. *Salud soc*. 2019; 10(1):22-37.
17. Pereira MTCG, Souza FAM, Cardoso FM. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2021; 16(43):2568.
18. Gotzsche P. *Kit de Sobrevivência em Saúde Mental e Retirada dos Medicamentos Psiquiátricos – Cap. 2*. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://ma-dinbrasil.org/2020/11/kit-de-sobrevivencia-em-saude-mental-e-retirada-dos-medicamentos-psiquiaticos-cap-2-1/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Dez 2017.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).
21. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas inter-

- nacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.
22. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013; (8):35-42.
  23. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pilulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
  24. Whitaker R. Anatomy of an epidemic: the history and science of a paradigm of care. *Behav. Ther.* 2015; 38(7):192-8.
  25. Whitaker R. The Case Against Antipsychotics: A Review of Their Long-Term Side Effects. [Sem local]: Mad in America Foundation; 2016. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/07/The-Case-Against-Antipsychotics.pdf>.
  26. World Health Organization; World Organization of Family Doctors. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Lisboa: WHO; WONCA; 2009. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: [https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE\\_MENTAL/integracao\\_da\\_saude\\_mental\\_nos\\_cuidados\\_de\\_saude\\_primarios\\_-\\_uma\\_perspectiva\\_global.pdf](https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE_MENTAL/integracao_da_saude_mental_nos_cuidados_de_saude_primarios_-_uma_perspectiva_global.pdf).
  27. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77.
  28. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, et al. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol. Rev.* 2008; 30:1-14.
  29. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 897-908.
  30. Viola S, Moncrieff J. Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. *BJPsych Open*. 2016; 2(1):18-24.
  31. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2013; 39(6):1296-306.
  32. Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr. Bull.* 2013; 39(5):962-5.
  33. Mulder R, Rucklidge J, Wilkinson S. Why has increased provision of psychiatric treatment not reduced the prevalence of mental disorder? *Aust N Z J Psychiatry*. 2017; 51(12):1176-7.
  34. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, et al. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*. 2017; 16:90-9.
  35. Caponi S. Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. *Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos*. 2021; 28(3):661-83.
  36. Caponi S. Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. São Paulo: Liber Ars; 2019.
  37. Himwich HE. Psychopharmacologic Drugs. *Science*. 1958; 127(3289):59-72.
  38. Guttmacher MS. Phenothiazine Treatment in Acute Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1964; 10(3):246-61.
  39. Swazey J. Chlorpromazine in psychiatry: a study of therapeutic innovation. Cambridge: The Massachusetts Institute of Technology; 1974.
  40. Valenstein E. *Blaming the Brain*. New York: The Free Press; 1998.
  41. Moncrieff J. Against the Stream Series Against the stream: Antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. *BJPsych Bull.* 2018; 42(1):42-4.

42. Moncrieff J. Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. *Epidemiol Psychiatr. Sci.* 2018; 12;27(2):133-40.
43. Lacasse JR, Leo J. Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLoS Medicine.* 2005; 2(12):1211-6.
44. Cowen PJ, Browning M. What has serotonin to do with depression? *World Psychiatry.* 2015; 14(2):158-60.
45. Moncrieff J. Magic Bullets for Mental Disorders: The Emergence of the Concept of an "Antipsychotic" Drug. *J Hist Neurosci.* 2013; 22(1):30-46.
46. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *Br. j. psychiatr.* 2006; 188(4):301-2.
47. Amarante P, Freitas F. *Medicalização em Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
48. Healy D. Serotonin and depression. *BMJ.* 2015; (350):1-2.
49. Ang B, Horowitz M, Moncrieff J. Is the chemical imbalance an 'urban legend'? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. *SSM – Mental Health.* 2022; (2):1-9.
50. Moncrieff J. El pasado y el futuro de la psiquiatria y sus fármacos. In: Zurita M, editor. *ATLAS otra revista de salud mental.* 17. ed. Córdoba: Autowahn; 2019. p. 17-32.
51. Moncrieff J, Cooper R, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol. psychiatry.* 2022; 1-14.
52. Pech J, Forman J, Kessing LV, et al. Poor evidence for putative abnormalities in cerebrospinal fluid neurotransmitters in patients with depression versus healthy non-psychiatric individuals: A systematic review and meta-analyses of 23 studies. *J Affect Disord.* 2018; 240(6):6-16.
53. Cole JO, Gerard R. *Psychopharmacology. Problems in Evaluation.* Washington: National Academy of Sciences – National Research Council; 1959.
54. Lehrman N. Follow-Up of Brief and Prolonged Psychiatric Hospitalization. *Compr. psychiatry.* 1961; 2(4):227-40.
55. Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy.* London: Brunner-Routledge; 1985.
56. Gilbert PL. Neuroleptic Withdrawal in Schizophrenic Patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(3):173-88.
57. Geddes J. Prevention of Relapse in Schizophrenia. *N. Engl. j. med.* 2002; 346(1):56-8.
58. Bokoven J, Salomão H. Comparison of two five-year follow-up studies: 1948 to 1952 and 1967 to 1972. *Am. j. psychiatr.* 1975; 132(8):796-801.
59. Rappaport M, Hopkins HK, Hall K, et al. Are There Schizophrenics for Whom Drugs May be Unnecessary or Contraindicated? *Int. Pharmacopsychiatry.* 1978; 13(2):100-11.
60. Carpenter W, McGlashan T, Strauss J. The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *Am. j. psychiatr.* 1977; 134(1):14-20.
61. Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, et al. A Non-neuroleptic Treatment for Schizophrenia: Analysis of the Two-year Postdischarge Risk of Relapse. *Schizophr. Bull.* 1979; 5(2):322-33.
62. Gotzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int. j. risk saf. med.* 2020; 31(1):37-42.
63. Bjornestad J, Davidson L, Joa I, et al. Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. *J. ment. health.* 2017; 26(3):264-70.
64. Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical

- cal trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *BMJ*. 2014; (4):1-12.
65. Bergström T, Taskila JJ, Alakare B, et al. Five-Year Cumulative Exposure to Antipsychotic Medication After First-Episode Psychosis and its Association With 19-Year Outcomes. *Schizophr. Bull. Open*. 2020; 1(1):1-8.
66. Guo K, Feng Z, Chen S, et al. Safety Profile of Antipsychotic Drugs: Analysis Based on a Provincial Spontaneous Reporting Systems Database. *Front Pharmacol*. 2022; (13):1-9.
67. Keogh B, Murphy E, Doyle L, et al. Mental health service users experiences of medication discontinuation: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Mental Health*. 2022; 31(2):227-38.
68. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med*. 2012; 42(10):2145-55.
69. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychol Med*. 2014; 44(14):3007-16.
70. Moilanen J, Haapea M, Miettunen J, et al. Characteristics of Subjects With Schizophrenia Spectrum Disorder With and Without Antipsychotic Medication - a 10-Year Follow-Up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Eur. psychiatry*. 2013; 28(1):53-8.
71. Murray RM, Quattrone D, Natesan S, et al. Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *Br. j. psychiatr*. 2016; 209(5):361-5.
72. Albert N, Randers L, Allott K, et al. Cognitive functioning following discontinuation of antipsychotic medication. A naturalistic sub-group analysis from the OPUS II trial. *Psychol Med*. 2019; 49(07):1138-47.
73. Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr. Res*. 2017; 182:42-8.
74. Harrow M, Jobe TH, Faull RN, et al. A 20-Year multi-followup longitudinal study assessing whether antipsychotic medications contribute to work functioning in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2017; 256:267-74.
75. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(9):913-20.
76. Tani H, Takasu S, Uchida H, et al. Factors associated with successful antipsychotic dose reduction in schizophrenia: a systematic review of prospective clinical trials and meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychopharmacol*. 2020; 45(5):887-901.
77. Gleeson JFM, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: Outcome at 30-month follow-up. *Schizophr. Bull*. 2013; 39(2):436-48.
78. Jung E, Wiesjahn M, Wendt H, et al. Symptoms, functioning and coping strategies in individuals with schizophrenia spectrum disorders who do not take antipsychotic medication: A comparative interview study. *Psychol Med*. 2016; 46(10):2179-88.
79. Bergström T. Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-Episode Psychosis Long-Term Outcomes at the Group and Individual Level. [tese]. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 2020. 135 p. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71454/978-951-39-8119-8\\_vaitos19092020.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71454/978-951-39-8119-8_vaitos19092020.pdf?sequence=4&isAllowed=y).
80. Mourine NS, Espino SV, Uema SAN, et al. Descripción de la disponibilidad y normas para el uso de las benzodiazepinas en algunos países de Latinoamérica, 2016. *Rev. méd. Urug*. 2022; 38(2):1-11.

81. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, et al. Incidence of and Characteristics Associated With Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Netw. Open.* 2020; 3(10):1-14.
82. Crowe SF, Stranks EK. The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. *Arch. clin. neuropsychol.* 2018; 33(7):901-11.
83. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(6).
84. Alvim MM, Cruz DT, Aquino GA, et al. Study on medication prescription in the elderly population: benzodiazepine use and potential drug interactions. *Cad. Saúde Colet.* 2021; 29(2):209-17.
85. Mendes AKA, Assunção IL, Gonzalez GMM, et al. Uso de benzodiazepínicos em idosos no Brasil. *Res Soc. Dev.* 2022; 11(2):1-8.
86. Gerlach LB, Maust DT, Leong SH, et al. Factors Associated With Long-term Benzodiazepine Use Among Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2018; 178(11):1-3.
87. Davies SJ, Rudoler D, Oliveira C, et al. Comparative safety of chronic versus intermittent benzodiazepine prescribing in older adults: A population-based cohort study. *J. psychopharmacol.* 2022; 36(4):460-9.
88. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2017; (68):55-61.
89. Freire MBO, Silva BGC, Bertoldi AD, et al. Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública.* 2022; 56(10):1-13.
90. American Geriatrics Society. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2019; 67(4):674-94.
91. Ormel J, Spinhoven P, Vries YA, et al. The antidepressant standoff: Why it continues and how to resolve it. *Psychol. med.* 2019; 50(2):177-86.
92. Eveleigh R, Muskens E, Lucassen P, et al. Withdrawal of unnecessary antidepressant medication: a randomised controlled trial in primary care. *BJGP Open.* 2018; 1(4):1-11.
93. Hengartner MP, Angst J, Rössler W. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: Results from a prospective community cohort study over 30 years. *Psychother. Psychosom.* 2018; 87(3):181-3.
94. Danborg PB, Valdersdorf M, Gotzsche PC. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. *Int. j. risk saf. med.* 2019; (30):59-71.
95. Vittengl JR. Poorer Long-Term Outcomes among Persons with Major Depressive Disorder Treated with Medication. *Psychoter. psychosom.* 2017; 86(5):302-4.
96. Hengartner MP, Passalacqua S, Andreea A, et al. Antidepressant use during acute inpatient care is associated with an increased risk of psychiatric rehospitalisation over a 12-month follow-up after discharge. *Front. Psychiat.* 2019; (10):1-9.
97. Fava GA. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2020; (10):1-11.
98. Fava GA, Rafanelli C. Iatrogenic factors in psychopathology. *Psychoter. Psychosom.* 2019; (88):129-40.
99. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict. behav.* 2019; (97):111-21.
100. Davies J, Read J. Authors' response to a critique by Jauhar and Hayes of 'A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guideline evidence-based?'

- Addict. *behav.* 2019; (97):127-30.
101. Read J. How common and severe are six withdrawal effects from, and addiction to, antidepressants? The experiences of a large international sample of patients. *Addict. *behav.** 2020; (102):1-31.
102. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psych.* 2019; 6(6):538-46.
103. Hengartner MP, Davies J, Read J. Antidepressant withdrawal – the tide is finally turning. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; 29(e52):1-3.
104. Moncrieff J. Persistent adverse effects of antidepressants. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; (29):1-2.
105. Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psych.* 2017; 17(1):1-28.
106. Jakobsen JC, Gluud C, Kirsch I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evid. Based Med.* 2020; 25(4):130-6.
107. Khan A, Fahl Mar K, Faucett J, et al. Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. *World Psychiatry.* 2017; (16):181-92.
108. Moncrieff J. What does the latest meta-Analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2018; 27(5):430-2.
109. Hengartner MP, Plöder M. Statistically significant antidepressant-placebo differences on subjective symptom-rating scales do not prove that the drugs work: Effect size and method bias matter! *Frontiers in Psychiatry.* 2018; (9):1-5.
110. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Articles Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018; (391):1357-66.
111. Andrews PW, Jr JAT, Amstadter A, et al. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. *Front Psychol.* 2012; (3):1-19.
112. Hengartner MP. Methodological flaws, conflicts of interest, and scientific fallacies: Implications for the evaluation of antidepressants efficacy and harm. *Front Psych.* 2017; 8(275):1-7.
113. Gotzsche PC. Why I think antidepressants cause more harm than good. *Lancet Psych.* 2014; 1(2):104-6.
114. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ, et al. The Mortality and Myocardial Effects of Antidepressants Are Moderated by Preexisting Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis. *Psychoter. psychosom.* 2017; 86(5):268-82.
115. Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ.* 2016; (352):1-10.
116. Vries YA, Roest AM, Turner EH, et al. Hiding negative trials by pooling them: a secondary analysis of pooled-trials publication bias in FDA-registered antidepressant trials. *Psychol Med.* 2019; 49(12):2020-6.
117. Kirsch I, Huedo-Medina BT, Pigott HE, et al. Do outcomes of clinical trials resemble those of “real world” patients? A reanalysis of the STAR\*D antidepressant data set. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice. BMJ Open.* 2018; 5(4):339-45.
118. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, et al. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J. Epidemiol. Community Health.* 2021; 75(6):523-30.
119. Arroll B, Chin W-ye, Martis W, et al. Antidepressant

- sants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J. Prim Health Care*. 2016; 8(4):325-34.
120. Amsterdam JD, McHenry LB, Jureidini JN. Industry-corrupted psychiatric trials. *Psychiatr Pol*. 2017; 51(6):993-1008.
121. Beijers L, Jeronimus BF, Turner EH, et al. Spin in RCTs of anxiety medication with a positive primary outcome: a comparison of concerns expressed by the US FDA and in the published literature. *BMJ Open*. 2017; 7(3):1-7.
122. Moynihan R, Albarqouni L, Nangla C, et al. Financial ties between leaders of influential US professional medical associations and industry: cross sectional study. *BMJ*. 2020; 359(1505):1-7.
123. Turner EH, Cipriani A, Furukawa TA, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: Updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials. *PLoS Med*. 2022; 19(1):1-21.
124. Cosgrove L, Peters SM, Vaswani A, et al. Institutional corruption in psychiatry: Case analyses and solutions for reform. *Soc Personal Psychol Compass*. 2018; 12(6):1-10.
125. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*. 2011; 3(3):179-91.
126. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*. 2011; 3(3):192-204.
127. Kłapciński MM, Rymaszewska J. Open Dialogue Approach – about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. *Psychiatr. Pol*. 2015; 49(6):1179-90.
128. Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*. 2014; 20(3):28-35.
129. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res*. 2018; 270:168-75.
130. Middleton H, Moncrieff J. Critical psychiatry: a brief overview. *BJPsych. Adv*. 2019; 25(1):47-54.
131. Pulhiez GC, Norman AH. Prevenção quaternária em saúde mental. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2021; 16(43):1-10.
132. Gotzsche PC. Critical psychiatry. Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://www.scientificfreedom.dk/wp-content/uploads/2023/05/Gotzsche-Critical-Psychiatry-Textbook.pdf>.
133. Double DB. Twenty years of the Critical Psychiatry Network. *Br. j. psychiatry*. 2019; 214(2):61-2.
134. Gotzsche PC. Psychopharmacology Is Not Evidence-Based Medicine. In: Davies J. *The Sedated Society*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 23-49.
135. Ghaemi SN. Symptomatic versus disease-modifying effects of psychiatric drugs. *Acta Psychiatr. Scand*. 2022; 146(3):251-7.
136. Pik N. More treatment, but what kind of treatment? A response to Mulder, Rucklidge and Wilkinson. *Aust. New Zealand j. psychiatr*. 2018; 52(8):1.

Recebido em 18/12/2022  
 Aprovado em 28/08/2023  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) (processo nº 88882.437588/2019-01). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (processo nº 313822/2021-2)

## Capítulo 2: Análise das orientações clínicas para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde brasileira

O segundo capítulo, resultante da análise documental das diretrizes clínicas brasileiras para o cuidado em SM na APS, analisa cinco documentos técnicos norteadores da prática clínica médica neste contexto a partir de duas abordagens dos PSM: psiquiátrica e psicossocial. Conclui-se que as diretrizes técnicas nacionais no seu conjunto apresentam estreita convergência com a abordagem psiquiátrica, sendo farmaconcentradas, e subdimensionam a importância dos componentes psicossociais no processo de cuidado.

### **Análise das diretrizes clínicas para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde brasileira**

**Resumo:** Problemas de Saúde Mental (PSM) estão entre os motivos mais frequentes de atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS). Aproximadamente 25% dos atendimentos na APS têm como única razão PSM. Dos usuários com queixas de saúde mental (SM), mais de 60% são atendidos apenas ali. O objetivo do trabalho foi analisar as principais diretrizes clínicas para o cuidado dos PSM na APS. Realizou-se uma análise documental de livros, guias e manuais orientadores do cuidado clínico em SM na APS, a partir de uma matriz analítica bipolar: abordagem psiquiátrica x psicossocial. Foram analisados os capítulos de SM do: Tratado de Medicina de Família e Comunidade (MFC); Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências; PACK-Brasil Adulto; Currículo Baseado em Competências para MFC e Caderno Atenção Básica nº 34/SM. A análise mostrou que as diretrizes se aproximam de ambas as abordagens, com maior afinidade com a abordagem psiquiátrica. As orientações tendem a ser psicofarmacoterapêuticas quando escritas por psiquiatras, e valorizam mais contextos psicossociais e abordagens não farmacológicas quando escritas por Médicos de Família e Comunidade. Concluiu-se ser urgente reorientar essas diretrizes clínicas para uma abordagem psicossocial mais crítica ao uso disseminado de psicofármacos como tratamento principal aos PSM na APS.

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde Mental; Guia de Prática Clínica; Psicotrópicos; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

**Keywords:** Mental Health Assistance; Practice Guideline; Psychotropic Drugs; Primary Care; Family Medicine.

## Introdução

Os problemas de saúde mental (PSM) afetam cerca de 60% dos usuários da atenção primária a saúde (APS) (WHO; WONCA, 2009). As queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes de procura por atendimento (Rodriguez-Pulido *et al.*, 2020). De 20 a 25% das consultas na APS têm como única razão PSM (Lester; Glasby; Tylee, 2004; Onocko-Campos *et al.*, 2011), e de todos os usuários com queixas de saúde mental (SM), cerca de 60%, são atendidos apenas nesse nível de atenção (Rijswijk *et al.*, 2007; Tavares; Souza; Pontes, 2013).

Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) (WHO; WONCA, 2009a) afirmam a importância, a urgência e as vantagens de integrar a SM aos cuidados primários em saúde realizados na APS, destacando a alta prevalência e déficit de tratamento para PSM, a interligação entre problemas físicos e mentais, a melhora no acesso ao cuidado via APS, a promoção e respeito pelos Direitos Humanos, a boa relação custo-benefício e os bons resultados de saúde associados à essa integração.

Contudo, apesar dos esforços em efetivar essa integração e melhorar atendimento aos usuários, os profissionais da APS nem sempre se sentem capazes de lidar com as demandas de SM. Ainda existe dificuldades no manejo dessas manifestações de sofrimento, com ações que perpetuam a lógica centrada no cuidado médico psiquiátrico e na terapêutica medicamentosa, o que vem favorecendo o excesso de diagnóstico e a prescrição abusiva de psicotrópicos (Ballester; Andreoli, 2005; Gryscek; Pinto, 2015; Moura *et al.*, 2016). Assim, considerando-se o aumento das possibilidades diagnósticas, o aumento significativo de prescrições e o desenvolvimento crescente de novas categorias e gerações de psicotrópicos (Rodrigues; Facchini; Lima, 2006), tem-se registrado crescimento da utilização desses medicamentos no Brasil e no mundo (Brasil, 2019c; Nations United, 2018). Esse crescimento, no entanto, vem acompanhado de impactos sociais, econômicos e na saúde pública (Guerra *et al.*, 2013; Moura *et al.*, 2016; Rodrigues; Facchini; Lima, 2006).

Frente ao aumento progressivo do uso de psicotrópicos, especialmente na APS (Brasil, 2016a, 2017d; IBGE, 2013; Moura *et al.*, 2016; Tavares; Souza; Pontes, 2013;

Unützer *et al.*, 2003; Valério; Becker, 2014), e aos relativamente piores resultados em longo prazo, geradores de cronificação, instabilização clínica, dependência e menos autonomia/funcionalidade social obtidos com seu uso como tratamento preferencial (Andrews *et al.*, 2012; Fava, 2003b; Fava; Ruini; Sonino, 2003; Hengartner, 2017; Hengartner *et al.*, 2019; Khan *et al.*, 2011; Kirsch *et al.*, 2018; Moncrieff, Joanna, 2018; Versiani, 2000; Whitaker, 2017), é relevante investigar se os guias e diretrizes utilizadas no Brasil como orientação para a prática clínica da APS são coerentes internamente, entre si e com as evidências e resultados acumulados que apontam a nítida preferência pela abordagem psicossocial desses problemas (Castelló, 2016; WHO; WONCA, 2009; WONCA, 2017).

O objetivo desta parte do presente estudo foi analisar as orientações clínicas para o cuidado aos problemas de SM da APS quanto a sua coerência ou afinidade com duas tendências identificáveis de abordagem dos PSM: psiquiátrica e psicossocial. Essas duas abordagens constituíram uma matriz conceitual bipolar, de análise sintetizada no quadro 1. Nesse sentido, a segunda coluna, inspirada também nos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira tenta se afastar da tradição manicomial, excludente e estigmatizante, buscando assim aproximação com a abordagem psicossocial, baseada em Costa-Rosa (2000) e outros autores.

**Quadro 1: Matriz conceitual analítica**

Abordagem psiquiátrica	Abordagem psicossocial
<p>Caracterizada pela assunção de uma concepção dos sintomas e sofrimentos como ‘transtornos mentais’ (listas ou conjuntos de sintomas comportamentais, subjetivos, emocionais, ideativos e cognitivos) vistos como expressões de desequilíbrios neuroquímicos que se beneficiarão e no limite serão tratados (controlados, reequilibrados e/ou remitidos) principalmente via uso crônico de psicofármacos, embora sejam aceitas e recomendadas outras terapias e abordagens não farmacológicas.</p>	<p>Caracterizada pela não medicalização do sofrimento psíquico e pela evitação da ontologização dos sintomas mentais em transtornos que seriam crônicos ou vitalícios e exigiriam tutela profissional e controle via psicofármacos. Entende-se que a abordagem psicossocial é considerada como boa prática em SM na APS. Considera-se, a partir de crescentes evidências, que os psicofármacos devem ser evitados o quanto possível, e vistos como recursos apenas de “resgate” ou alívio em situações de relativa urgência, em que se justificaria sedação química momentânea de sintomas intensos, por demanda dos pacientes ou com seu acordo, devendo ser descartados rapidamente após a atenuação da situação desencadeadora de seu uso ou por solicitação do paciente.</p> <p>Nessa abordagem se auxilia o paciente a administrar progressivamente por conta própria</p>

seus sofrimentos e sua vida, a partir da reconstrução de seu protagonismo e de seu reposicionamento subjetivo e intersubjetivo frente a si mesmo, aos outros e ao mundo, enfatizando a (re)conquista de progressivos graus de autonomia e a (re)construção de redes sociais mais apoiadoras, solidárias e tolerantes.

**Fonte:** Desenvolvido pelos pesquisadores, a partir de Costa-Rosa (2000).

## Método

Trata-se de uma análise documental (Bravo, 1991; Silva *et al.*, 2009) das últimas edições de importantes livros, guias práticos e manuais orientadores do cuidado em SM na APS (quadro 2), na sua coerência interna e entre si, à luz da diferenciação de abordagem indicada, avaliando o quanto há de coerência com um ou outro polo da matriz analítica bipolar mencionada e quais as contradições e gradações existentes nessas orientações.

A análise dos documentos foi realizada a partir da leitura atenta de cada um dos capítulos, textos, guias e protocolos, com sua interpretação em relação à sua maior ou menor afinidade às duas abordagens. Após análise dos materiais eles foram comparados entre si (em partes que possam ser correlacionadas entre si, para situações semelhantes, por exemplo, ou por gravidades dos casos, ou por intensidade do sofrimento, etc.).

### Quadro 2: Descrição geral do material analisado e autoria.

<p><b>Tratado de Medicina de Família e Comunidade</b> – (Gusso; Lopes; Dias, 2019).</p>	<p><b>Descrição geral:</b> É um livro que apresenta um panorama geral da APS, ESF e da própria MFC, e se propõe a oferecer subsídios teóricos para as os desafios cotidianos enfrentados por médicos de família e comunidade na realidade brasileira. É um livro extenso, dividido em dois volumes, com cerca de mil páginas cada um. O primeiro volume trata de questões referentes à medicina de família e comunidade, seus princípios e questões formativas como ensino e pesquisa na área, e no segundo abarca as questões práticas, sendo indicado como importante referência para residentes de MFC e graduandos de medicina, bem como para os profissionais dos serviços, pois é um livro comumente presente nos centros de saúde de todo o País (SBMFC, 2012a).</p> <p><b>Capítulos analisados:</b></p> <p><b>36. Abordagem em saúde mental pelo médico de família e comunidade.</b>  <i>Marco Aurélio Crespo Albuquerque (Psiquiatria e Psicanálise);</i>  <i>Lêda Chaves Dias (Medicina de Família e Comunidade).</i></p> <p><b>236. Psicofármacos.</b>  <i>Renato Lendimuth Mancini (Psiquiatria);</i>  <i>Leandro da Costa Lane Valiengo (Psiquiatria).</i></p> <p><b>238. Tristeza, sensação de depressão e perturbações depressivas.</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>Paulo Poli Neto (Medicina de Família e Comunidade);</i>  <i>Fernanda Lazzari Freitas (Medicina de Família e Comunidade).</i></p> <p><b>239. Ansiedade e estresse.</b>  <i>Flávio Dias Silva (Psiquiatria e medicina de Família e Comunidade).</i></p>
<p><b>Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências</b> – (Duncan <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p><b>Descrição geral:</b> O livro medicina ambulatorial é um livro escrito por especialistas das mais variadas áreas, que segue a tendência internacional de apresentar o nível de evidência para as intervenções e condutas terapêuticas e preventivas apresentadas. Aborda os principais problemas e demandas emergentes na APS, buscando oferecer embasamento tecnocientífico para que os médicos de família e comunidade possam atingir maior resolutividade nos casos atendidos, sem deixar de considerar os atributos da APS como integralidade e longitudinalidade do cuidado.</p> <p><b>Capítulos analisados:</b></p> <p><b>107. Avaliação de Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária.</b>  <i>Guilherme Nabuco Machado (Medicina de Família e Comunidade),</i>  <i>Maria Helena P. P. Oliveira (Psiquiatria),</i>  <i>Diego Espinheira da Costa Bomfim (Medicina de Família e Comunidade).</i></p> <p><b>108. Transtornos de Ansiedade.</b>  <i>Giovanni Abrahao Salum Junior (Psiquiatria),</i>  <i>Gisele Gus Manfro (Psiquiatria),</i>  <i>Aristides Volpato Cordioli (Psiquiatria),</i>  <i>Natan Pereira Gosmann (Psiquiatria).</i></p> <p><b>109. Depressão.</b>  <i>Marcelo Pio de Almeida Fleck (Psiquiatria),</i>  <i>Fernanda L. C. Baeza (Psiquiatria).</i>  <i>Tadeu Assis Guerra (Psiquiatria).</i></p> <p><b>116. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária a Saúde.</b>  <i>Daniel Almeida Goncalves (Psiquiatria, Saúde Coletiva e Saúde da Família),</i>  <i>Luiz Fernando Chazan (Psiquiatria e Psicanálise),</i>  <i>Naly Almeida (Psiquiatria),</i>  <i>Sandra Fortes (Psiquiatria e Saúde Coletiva).</i></p>
<p><b>PACK-Brasil Adulto: Versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde</b> (Fiocruz; ENSP, 2023)</p>	<p><b>Descrição geral:</b> “O PACK é uma ferramenta de apoio e um guia para médicos e enfermeiros de atenção primária que visa facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica, com importante adaptação dos fluxos apresentados à realidade local (Pinto; Capeletti, 2019b)”. Foi desenvolvido e é utilizado na APS de Florianópolis, servindo de referência para o manejo clínico dos casos de SM no município, sendo expandido para outras capitais como Fortaleza e Campo Grande (SBMCF, 2023).</p> <p><b>Sessão analisada: Saúde mental</b></p> <p><b>Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina.</b></p>
<p><b>Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade</b> (SBMFC, 2014).</p>	<p><b>Descrição geral:</b> O currículo baseado em evidências é uma publicação que busca apresentar de maneira sistemática, os atributos, competências e habilidades desejáveis, essenciais e avançadas para a formação de residentes em Saúde da Família. Se propõe dessa forma a contribuir na qualificação do processo formativo dos egressos de programas de residência e consequentemente dos próprios profissionais atuantes na APS.</p> <p><b>Sessão analisada: Abordagem a problemas de SM.</b></p>
<p><b>Cadernos Atenção Básica nº 34 -</b></p>	<p><b>Descrição geral:</b> O Cadernos Atenção Básica nº 34, aborda temas relacionados à saúde mental, incluindo as principais demandas, fatores de risco</p>

<b>SAÚDE MENTAL</b> (Brasil, Ministério da Saúde, 2013)	e proteção, planos de intervenção terapêutica e métodos de acompanhamento de casos que podem ser realizadas por todos os trabalhadores de saúde. Busca fornecer informações úteis e práticas que possam auxiliar os profissionais de saúde da AB a melhorar a qualidade do cuidado em SM prestado à população. <b>O livro foi analisado de maneira global.</b>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Desenvolvido pelos pesquisadores.

## Resultados e discussão

**Quadro 3: Descrição dos resultados considerando a convergência com o tipo de abordagem.**

<b>Tratado de Medicina de família e Comunidade –</b> (Gusso; Lopes; Dias, 2019).	<b>Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências –</b> (Duncan et al., 2022)	<b>Pack- Brasil Adulto</b> (Fiocruz; ENSP, 2023)	<b>Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade</b> (SBMFC, 2014).	<b>Cadernos Atenção Básica nº 34 - SAÚDE MENTAL</b> (Brasil, Ministério da Saúde, 2013)
<p><b>Capítulo 36.</b> Equilíbrio entre abordagem psicossocial e abordagem psiquiátrica. Porém com pouca crítica ao uso dos psicofármacos.</p> <p><b>Capítulo 236.</b> Convergente com a abordagem psiquiátrica.</p> <p><b>Capítulo 238.</b> Equilíbrio entre abordagem psicossocial e abordagem psiquiátrica. Porém com pouca crítica ao uso dos psicofármacos.</p> <p><b>Capítulo 239.</b> Equilíbrio entre abordagem psicossocial e abordagem psiquiátrica. Porém com pouca</p>	<p><b>Capítulo 107.</b> Convergente com a abordagem psicossocial.</p> <p><b>Capítulo 108.</b> Equilíbrio entre abordagem psicossocial e abordagem psiquiátrica. Porém com pouca crítica ao uso dos psicofármacos.</p> <p><b>Capítulo 109</b> Equilíbrio entre abordagem psicossocial e abordagem psiquiátrica. Porém com pouca crítica ao uso dos psicofármacos.</p> <p><b>Capítulo 116.</b> Convergente com a abordagem psicossocial.</p>	<p>Convergente com a abordagem psiquiátrica.</p>	<p>Equilíbrio entre abordagem psicossocial e abordagem psiquiátrica. Porém com pouca crítica ao uso dos psicofármacos.</p>	<p>Convergente com a abordagem psicossocial.</p>

crítica ao uso dos psicofármacos.				
-----------------------------------	--	--	--	--

**Fonte:** Desenvolvido pelos pesquisadores.

**Tratado de Medicina de família e Comunidade** (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

**Capítulo 36. Abordagem em saúde mental pelo médico de família e comunidade.**

Neste capítulo os autores apresentam passos e fluxogramas de atendimento para abordar os PSM no contexto da APS, apontando estratégias de manejo e discutindo casos clínicos. O capítulo valoriza as condições de vida dos usuários, e situa o médico como capaz de auxiliar a pessoa a perceber seus conflitos, resolver seus problemas e atingir maiores níveis de autonomia e protagonismo. Inicia afirmando que a abordagem em SM na APS necessita de conhecimentos e saberes interdisciplinares do campo da psicologia e psiquiatria, os quais vão instrumentalizar a conduta do médico.

Além disso, aponta que a avaliação nos casos de SM não difere da abordagem centrada na pessoa, e orienta que o médico deve fazer uma avaliação mais ampla, considerando variáveis de contexto pré-mórbidas, conflitivas latentes e correlacionar com possíveis problemas orgânicos, levando em consideração não apenas o conteúdo manifesto, mas também a comunicação não verbal do paciente, descrevendo os achados do exame do estado mental (EEM).

Em relação a hipótese diagnóstica em SM, os autores apontam que o diagnóstico nem sempre é fácil, e indicam o uso inicial do CIAP-2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e o CID-10 (Classificação Internacional das Doenças), mesmo esse último sendo de classificação nosológica. Contudo, atentam que a hipótese diagnóstica não deve se resumir a essas classificações, apontando para importância da construção de uma compreensão dinâmica dos casos e de um plano inicial de abordagem, que deve:

construir uma lista de problemas; conhecer a história dos problemas e o tratamento prévio e corrente; conceitualizar o caso, buscar classificar as queixas/diagnosticar; estabelecer objetivos de curto e longo prazo; selecionar modalidades de tratamento, objetivos e intervenções; estimar tempo e frequência do tratamento e considerar necessidades de referenciamento e os recursos externos disponíveis (p. 298).

Ainda que os autores coloquem que em caso de depressão moderada, “poderia ser feita a prescrição de antidepressivo para uma recuperação mais rápida dos sintomas depressivos” (p. 298); e em outro ponto coloquem que “se o médico de família for manejar sozinho o caso, ele poderá optar por um atendimento preferencialmente

farmacológico, psicoterápico, ou ambos combinados” (p. 299), demonstrando certa preferência pelo tratamento farmacológico. O conteúdo de uma forma geral abarca os aspectos psicológicos do cuidado, fomentando a sensibilidade, escuta e empatia por parte do médico, com orientações apenas parcialmente convergentes com a abordagem psicossocial, já que não prioriza esta última.

### **Capítulo 236. Psicofármacos.**

Se o capítulo anterior se aproxima da parcialmente abordagem psicossocial, este mostra-se convergente com a abordagem psiquiátrica. Trata-se de um capítulo destinado a abordar aspectos relativos ao uso de psicofármacos, indicando sua utilização para variadas queixas, sem problematizar outras abordagens e possíveis danos e efeitos adversos. O capítulo inicia apontando que:

os antidepressivos deveriam ser a classe de psicofármacos mais utilizada, tanto na atenção primária, quanto nos demais níveis de atenção à saúde, por serem a principal ferramenta no tratamento de transtornos mentais prevalentes na população: depressão e transtornos ansiosos (p. 2027).

Segue indicando que os antidepressivos são uma ferramenta essencial para os MFC no manejo e tratamento de diversos transtornos de humor e outras condições, recomendando os antidepressivos, assim como os antipsicóticos para uma série de doenças não apenas psiquiátricas, como também físicas e somáticas.

Aponta que antidepressivos, especialmente os inibidores da recaptação da serotonina (ISRS) “são a primeira linha de tratamento na grande maioria dos casos (tanto de transtornos do humor, quanto de ansiedade) pela sua eficácia e perfil favorável de efeitos colaterais” (p. 2027), desconsiderando a literatura científica que aponta para uma vasta gama de efeitos colaterais e eventos adversos significativos associados (Bergström, 2020; Carlat, 2007; Fava *et al.*, 2015, 2018; Garattini; Bertele, 2005; Guo *et al.*, 2022; Jakobsen *et al.*, 2017; Moncrieff, 2020; Nielsen; Hansen; Gotzsche, 2013; Whitaker, 2017) o que demanda questionar o uso dos antidepressivos como tratamento de primeira linha para transtornos de humor e ansiedade.

Seguindo o capítulo, convergente com a abordagem psicossocial, considera um erro comum “Tratar indivíduos portadores de transtorno afetivo bipolar exclusivamente com antidepressivos (p. 2030)”. Porém, apesar de explicitar que o tratamento não deve ser exclusivo com antidepressivos, não exemplifica outras formas de tratamento.

Outro ponto controverso, e convergente com a abordagem psiquiátrica, refere-se ao referenciamento de gestantes com depressão. Coloca que: “os casos com sintomas psicóticos ou outros casos graves devem ser encaminhados para serviços especializados com eletroconvulsoterapia (ECT) (pág. 2030)”. Essa recomendação aparece também em nota técnica publicada pelo ministério da saúde, a qual aponta o uso da ECT como um dos recursos no tratamento de pacientes com transtornos mentais graves (Brasil, 2019a).

Todavia, o uso da ECT ainda levanta questionamentos, não havendo consenso na comunidade científica a respeito de sua indicação e realização. De acordo com Oliveira (2019), verifica-se falhas metodológicas importantes, bem como dúvidas sobre as medidas utilizadas para avaliar sucesso terapêutico e o grau de humanização e ética nas pesquisas que sustentam sua eficácia. O autor questiona os motivos da (re)valorização desse procedimento como recurso terapêutico, defendendo que seu financiamento e uso nos serviços públicos se constitui um retrocesso importante e atenta contra os princípios da reforma psiquiátrica (RP) brasileira. As considerações de Oliveira são reforçadas por recente meta-análise, que concluiu que dada a qualidade ruim dos estudos sobre o tema, não existe evidência de eficácia da ECT, e considerando risco x benefício, defende-se que a prática deve ser suspensa até que estudos mais robustos e com menos vieses possam ser realizados (Read; Kirsch; McGrath, 2019).

Em relação às ‘emergências psiquiátricas’, é posto que: “em casos de pacientes agitados, ou agressivos, os antipsicóticos são usados como primeira escolha de tratamento, principalmente os mais incisivos, como haloperidol, risperidona ou olanzapina (p. 2035)”. A esse respeito, meta-análise buscando identificar intervenções eficazes e diretrizes de tratamento para essas situações, aponta para uma escassez de diretrizes de alta qualidade e evidências primárias contextualizadas (Nadkarni *et al.*, 2015). Porém, na prática clínica a contenção química é frequente e vem sendo questionada por movimentos internacionais, que buscam diminuir seu uso e orientam que as equipes de saúde sejam instrumentalizadas para realizarem outras abordagens comportamentais antes da administração de psicofármacos, e que estes sejam o último e não o primeiro recurso a ser utilizado (Muir-Cochrane *et al.*, 2020; Muir-Cochrane; Oster; Grimmer, 2020).

Esse capítulo, assim, apresenta clara convergência com a abordagem psiquiátrica.

### **Capítulo 238. Tristeza, sensação de depressão e perturbações depressivas.**

O capítulo inicia problematizando a simplificação do termo depressão, apresentando a relação do sofrimento psíquico com dificuldades comuns da vida moderna. Enfatiza também que a ideia de desequilíbrio neuroquímico pode ser reducionista e levar a um engessamento na condução de casos mais complexos, precipitando “a utilização de medicamentos, a única opção terapêutica denominada *antidepressiva*” (p. 2046). Sobre a hipótese do desequilíbrio neuroquímico, diversos estudos vêm demonstrando sua não confirmação empírica, bem como os riscos associados a essa narrativa biologicista da etiologia dos PSM (Amarante; Freitas, 2015; Ang; Horowitz; Moncrieff, 2022; Caponi, 2019; Cowen; Browning, 2015; Healy, 2015; Lacasse; Leo, 2005; Moncrieff, 2019, 2006, 2013; Moncrieff, J., 2018a; Moncrieff, Joanna, 2018; Pech *et al.*, 2018; Whitaker, 2015). A maior e mais recente revisão sistemática de literatura sobre o tema aponta o fato de que pode ser o uso a longo prazo dos psicofármacos que reduz a concentração dos níveis de serotonina, ao invés da depressão estar associada ou ser causada por concentração ou atividades mais baixas desse hormônio (Moncrieff *et al.*, 2022).

Os autores desse capítulo adotam a CIAP-2, que caracteriza os casos de depressão mais leves como ‘tristeza, sensação de depressão’, e os casos mais graves como ‘perturbações depressivas’. Contudo, independentemente da nomenclatura, ressalta-se no capítulo que não é necessário um diagnóstico para que se ofereça escuta, cuidado e acolhimento ao usuário, bem como incentivo ao seu protagonismo nos processos de cuidado, o que também é apontado por Frateschi e Cardoso (2014) e Sirdifield *et al.* (2013) e reforçado quando os autores orientam sobre a necessidade de cuidar com os direcionamentos e conselhos e colocam que o ideal seria apresentar ao paciente as opções terapêuticas disponíveis, as vantagens e desvantagens de cada uma e assim definir um plano conjunto.

Ainda convergente com a abordagem psicossocial, o capítulo coloca que a grande parte dos quadros leves e moderados apresentam melhora de forma espontânea ou com intervenções não farmacológicas como psicoterapia, atividade física, seguimento longitudinal com MFC entre outros, de modo que boa parte dos PSM conseguem ser manejadas no contexto da APS. Entretanto, algumas delas podem necessitar de apoio de outras instituições e profissionais, apontando para a importância da interdisciplinariedade

e intersectorialidade, especialmente nos casos mais complexos (Oliveira; Ribeiro, 2000; Soares; Martins, 2018).

Reforçando a abordagem psicossocial, o texto aponta como erros mais frequentes cometidos: “Manter e renovar continuamente prescrições de ansiolíticos e de antidepressivos sem aproveitar para rever a indicação, os sintomas iniciais, os benefícios e malefícios do uso desses medicamentos” [...] e “Iniciar antidepressivos sem haver aprofundado minimamente os sintomas e o contexto de sofrimento” (p. 2051).

Considerar essas condutas como erro se faz necessário, pois a prescrição de psicofármacos deve considerar o diagnóstico, a indicação terapêutica e as contraindicações, a eficácia, segurança e duração do tratamento proposto, os possíveis eventos adversos e interações medicamentosas, avaliando elementos como a resposta do paciente ao medicamento, condições pré-existentes, necessidade de precauções em populações específicas, além da adesão ao tratamento, com necessidade de reavaliação periódica e previsão de suspensão do medicamento na remissão dos sintomas (Brasil, 2017d; WHO, 2010), tendo em vista que a prescrição e consumo exacerbado de psicofármacos induz iatrogenias clínicas relevantes (Campos; Campos, 2006; Silveira *et al.*, 2016).

Por outro lado, o capítulo também valoriza os psicofármacos, colocando que eles apresentam bons resultados para quadros leves e moderados, podem ser necessários precocemente e serão imprescindíveis nos casos graves. Ainda, quando aborda os erros mais frequentes, um deles seria “evitar oferecer o antidepressivo como uma das opções terapêuticas” (p. 2051). Essas colocações se aproximam nitidamente da abordagem psiquiátrica na medida que privilegiam o papel dos psicofármacos e colocam como erro sua não prescrição.

Cabe destacar que alguns estudos apontam que para casos leves a moderados de depressão, não se observa diferenças significativas entre uso de psicofármaco e placebo (Erhel; Scanff; Naudet, 2020; Jakobsen *et al.*, 2017; Jakobsen; Gluud; Kirsch, 2020; Khan *et al.*, 2017; Moncrieff, 2018) sendo necessário avaliar se o potencial de benefício compensa a exposição aos riscos associados (Fournier *et al.*, 2010; Maslej *et al.*, 2021; Stone *et al.*, 2022).

Ao final do capítulo é colocado que: “a medicalização das emoções é um fenômeno atual do qual o médico precisa proteger as pessoas e a si mesmo” (p. 2052), de

modo que é possível considerar que o capítulo apresenta correspondência razoável e parcial com a abordagem psicossocial dos PSM, ainda que com uma clara valorização dos psicofármacos.

### **Capítulo 239. Ansiedade e estresse.**

Apesar de considerar os transtornos de ansiedade como condições crônicas, o capítulo aponta, convergindo com a abordagem psicossocial, para a multifatorialidade relacionada a etiologia desses transtornos, que envolve tanto fatores biológicos quanto psicossociais, enfatizando a importância de MFC considerar os componentes psicossociais associados a esses sintomas. Orienta que o tratamento geralmente se caracterizará pelo apoio psicológico, apresentando durante o capítulo: terapia cognitivo comportamental, psicoterapia de apoio, terapia de orientação psicanalítica, intervenções psicossociais de baixa intensidade, como grupos de psicoeducação e atividade física orientada, assim como acupuntura e fitoterápicos, como exemplos de tratamentos e intervenções não farmacológicas possíveis que apresentam evidência de eficácia nos quadros ansiosos.

Quando é abordada a conduta proposta relacionada ao tratamento, descreve que:

boa parcela dos casos se resolverá com orientação sobre o problema (psicoeducação), apoio para o enfrentamento dos problemas vivenciados e prescrição de mudanças do estilo de vida. Alguns casos necessitarão de tratamentos psicoterápicos e/ou farmacológicos, sendo que a escolha por uma abordagem ou outra depende de fatores como a gravidade do caso, disponibilidade de psicoterapia e preferência da pessoa (p. 2057).

Nesse sentido, ainda que demonstre a importância do apoio psicológico, quando são abordadas as opções de primeira escolha para seis tipos diferentes de transtornos de ansiedade na APS, para metade deles as opções de primeira escolha são farmacológicas.

Ao final do capítulo, uma das dicas sugeridas é: “Referencie para psicoterapia pessoas que se recusem a usar medicamentos (p. 2061)”, o que indica uma priorização do uso de psicofármacos, em detrimento da psicoterapia. Além disso, também sobre o referenciamento dos casos mais complexos, o autor dá ênfase à psiquiatria, orientando que o referenciamento “deve ser feito a um psiquiatra, que preferencialmente tenha treinamento em psicoterapia”, o que se alinha com a abordagem psiquiátrica.

Já sobre a disponibilidade de tratamento psicológico para quadros de ansiedade, conforme preconizado pelo SUS, o tratamento desses transtornos deve ser realizado na

APS com auxílio de psicólogos e psiquiatras via NASFs (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), atuais eMulti (equipes multidisciplinares). Entretanto observa-se que na prática, há falta desse tipo de dispositivo e das intervenções que eles proporcionam em muitas localidades brasileiras. O NASF/eMulti, surgiu como proposta de qualificação da atenção ofertada na APS, em que equipes multiprofissionais de referência, auxiliam no aumento das propostas terapêuticas oferecendo maior resolutividade para os problemas clínicos enfrentados pelas equipes apoiadas (Brasil, 2011a, 2014c, 2017a).

Desde sua implementação em 2008, os NASFs vinham em crescente processo de implementação, ampliação e fortalecimento de suas atividades. Contudo, especialmente após o golpe jurídico-parlamentar de 2016 (Morgan; Najjar, 2020), o país vem sofrendo diversos ataques nas políticas públicas de saúde. A partir da publicação da Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS (Brasil, 2020a), revogou-se as normativas que definiam os parâmetros e custeio, modificando a composição das equipes multiprofissionais, além de inviabilizar novos credenciamento de NASF-AB, o que comprometeu a assistência à saúde de maneira geral, agravando substancialmente as lacunas assistenciais no campo da SM (Nobre *et al.*, 2023; Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

Contudo, a atual gestão federal, a partir da portaria nº 635/2023 (Brasil, 2023), institui o financiamento federal para a implementação de equipes multiprofissionais (eMulti) na APS (Silva; Oliver, 2023; Stertz, 2023), num novo modelo substitutivo ao NASF, com ampliação do escopo de atividades previstas, mantendo entre elas o matriciamento e atendimentos individuais, coletivos e domiciliares, entre outras.

Em parte, convergente com a abordagem psicossocial, o capítulo orienta a evitar o uso indiscriminado de medicamentos, especialmente benzodiazepínicos, a fim “prevenir problemas relacionados a esses, como efeitos colaterais ou mesmo instalação de dependência (p. 2056)”. Apesar desse alerta, afirma em direção contrária que eles podem ser indispensáveis quando são abordados os erros mais frequentemente cometidos. Um deles seria “utilizar doses subterapêuticas dos psicofármacos, com receio de efeitos colaterais, ou aceitando a falsa ideia do consultante de que as medicações psiquiátricas são perigosas (pág. 2061). Isso vem sendo refutado por diversos estudos que mostram os efeitos colaterais e adversos relevantes (Bergström, 2020; Carlat, 2007; Garattini; Bertele, 2005; Guo *et al.*, 2022; Jakobsen *et al.*, 2017; Moncrieff, 2020; Nielsen; Hansen; Gotzsche, 2013; Whitaker, 2017), dependência, síndrome de abstinência e de descontinuidade (Fava, 2003b, 2020a; Fava *et al.*, 2015; Framer, 2021; Gastaldon *et al.*,

2022; Moncrieff, 2020; Sørensen; Jørgensen; Munkholm, 2022) e a cronicidade e danos potenciais associados ao uso prolongado dos psicofármacos (Busfield, 2004; Danborg; Valdersdorf; Gotzsche, 2019; Fava, 2003a, 2020b; Gotzsche, 2019; Hengartner; Angst; Rössler, 2018; Moncrieff, Joanna, 2018; Whitaker, 2017).

Dessa forma, nesse capítulo se mesclam orientações e pressupostos convergentes com ambas as abordagens.

**Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências –** (Duncan et al., 2022)

### **Capítulo 107. Avaliação de Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária**

Este capítulo apresenta convergência importante com a abordagem psicossocial. Cabe destacar que o mesmo foi completamente reformulado e reescrito por autores diferentes e com conteúdo diversificado em comparação com sua versão anterior de 2013, onde apresentava convergência com a abordagem psiquiátrica.

O capítulo inicia problematizando o conceito de saúde mental, propondo uma concepção ampliada do termo, e atenta para a risco do sobretratamento, ou medicalização de situações normais da vida. Coloca na página 5505 que: “a medicalização de situações de vida gera riscos desnecessários, com intervenções médicas que poderiam ser evitadas ou substituídas por intervenções menos invasivas”.

Também problematiza a respeito do diagnóstico dos transtornos mentais, o qual é frequentemente controverso, indicando que o mesmo “sofre invariavelmente forte influência da sociedade e cultura na qual ele é desenvolvido” (p. 5506). Sobre esse aspecto, indica o uso da CIAP-2, por ser mais adequado ao contexto da APS e permitir classificações mais dimensionais que categoriais.

O capítulo aborda a importância da integração do cuidado em SM aos serviços da APS, assunto amplamente abordado pelo pelos MCF em parceria com a organização mundial da saúde (WHO; WONCA, 2009a), salientando que os cuidados ofertados no primeiro nível de atenção “têm sido avaliados como equivalentes ou superiores ao do nível especializado” (p. 5510). Nesse sentido endossa a importância da articulação entre generalistas e especialistas, reforçando a necessidade de adequado e qualificado treinamento e supervisão, discorrendo sobre os cuidados colaborativos – matriciamento

e cuidados comunitários, aspectos que também têm sido reforçados pela literatura (Brasil, 2013a; Davies *et al.*, 2017; Kates *et al.*, 2019; Smith *et al.*, 2017).

Além disso aborda sobre vulnerabilidade e adoecimento mental, sinalizando para os aspectos que podem estar associados. Entre eles aponta para a integração genética-ambiente, personalidade, pobreza, situações de opressão, população LGBTI+, população negra e mulheres, indicando a necessidade de um olhar interseccional, para melhor compreender e abordar cada situação, evitando assim reproduzir preconceitos na relação terapêutica.

Reforça a importância de se adotar uma práxis mais complexa, contemplando de forma integrada aspectos semiológicos, de comunicação, biológicos e psicossociais. Nesse sentido também discorre sobre manejo em momento de crise, em casos de uso problemático de álcool e na infância e adolescência. Tematiza a psicoeducação, orientando o estabelecimento de uma “comunicação acessível e efetiva, que empodere o paciente (e a família) a manejar e lidar melhor com o transtorno mental (p. 5533)”, bem como indica, mais ao final do capítulo o estímulo à participação dos usuários em ações coletivas, como participação em grupos de caminhada, convivência, geração de renda, a fim de promover a socialização e redução de estigmas, também indicados por Martins (2019) e Secco (2018).

### **Capítulo 108. Transtornos de Ansiedade.**

O presente capítulo apresenta considerações convergentes com as duas abordagens, tanto psiquiátrica quanto psicossocial. Inicia trazendo informações sobre a etiologia dos transtornos mentais, associando-os a “alterações no neurodesenvolvimento, com início na infância precoce a partir de modificações estruturais e funcionais do cérebro” (p. 5545), e aponta para uma provável participação e influência de genes, aproximando-se da abordagem psiquiátrica.

Convergente com a abordagem psicossocial, o texto aponta para a associação de fatores socioambientais e psicossociais com o desenvolvimento de PSM, o que também é corroborado por diversos estudos (Lund; Stansfeld; Silva, 2013; Lund *et al.*, 2011, 2018; Marín-león; Oliveira; Berti, 2007; WHO, 2014b) em que os determinantes sociais são fatores-chave no desenvolvimento, gravidade e cronicidade desses transtornos (Shim; Compton, 2018).

Quando discute as abordagens terapêuticas, diz que podem ser utilizados tratamentos farmacológicos, combinação de psicofármacos e psicoterapias e psicoterapias associadas a medidas não farmacológicas, apresentando fluxogramas sobre o manejo dos transtornos de ansiedade, nos quais a intervenção psicossocial aparece em lugar de centralidade.

Coloca que: “o planejamento terapêutico deve considerar a gravidade dos sintomas, ficando as medidas não farmacológicas indicadas como primeira linha em casos leves e psicofármacos e terapias estruturadas como primeira linha em casos com maior comprometimento funcional” (p. 5552).

Nesse mesmo sentido, coloca que é possível realizar a adaptação de alguns componentes das psicoterapias à realidade assistencial da APS, apontando a Psicoeducação, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e outras técnicas psicológicas e comportamentais, bem como intervenções no estilo de vida como possibilidades de melhora na qualidade de vida, e redução dos sintomas ansiosos.

Além disso, destaca-se a importância de que o paciente entenda sua condição como algo real e passível de tratamento, e se sinta empoderado para participar ativamente de seu processo de melhora. Salienta-se a importância de se evitar práticas prescritivas e autoritárias, com a construção conjunta de um plano terapêutico singular, fomentando a co-responsabilização do usuário no seu processo de (auto)cuidado (BRASIL, 2014), uma vez que envolver os usuários nas discussões e decisões pode melhorar o acesso, aceitabilidade e engajamento nas terapêuticas propostas (Finazzi; MacBeth, 2022).

Enfatiza também a importância de informar sobre o tempo de início de ação da medicação, sobre os possíveis efeitos adversos, sobre a necessidade de cuidado com os benzodiazepínicos pelo risco de dependência e sobre a importância de não descontinuar a medicação de forma abrupta, orientações de uma abordagem psiquiátrica responsável e em alguma medida convergentes com a abordagem psicossocial, com exceção da orientação de que “os antidepressivos não causam dependência (p. 5556)”, algo que ainda é controverso na literatura.

Estudos sugerem que as reações de abstinência são bastante comuns após a descontinuação de psicofármacos, apontado que elas muitas vezes são graves, podem durar de algumas semanas a vários meses ou até mais tempo (Fava *et al.*, 2015; Framer,

2021; Hengartner; Davies; Read, 2019), e podem acometer cerca de metade dos pacientes que descontinuam ou reduzem a dose de antidepressivos (Sørensen; Jørgensen; Munkholm, 2022), os quais são considerados em algumas diretrizes como terapia inicial de primeira linha para ansiedade devido à tolerabilidade geral antecipada (He *et al.*, 2019; Parish; Gillis; Anthamatten, 2023). Pesquisa online com total de 1.829 participantes evidenciou que efeitos de abstinência ao interromper a medicação foram relatados por 55% e de dependência por 27% dos participantes (Read; Cartwright; Gibson, 2018).

Analisando as diretrizes de prática clínica percebe-se informações escassas e inadequadas sobre os sintomas de abstinência dos antidepressivos, bem como orientação limitada para distinguir os sintomas de abstinência dos sintomas de recaída, o que pode ser um desafio na redução ou interrupção de seu uso (Scholten; Batelaan; Van Balkom, 2020; Sørensen; Jørgensen; Munkholm, 2022). Por isso Davies e Read (2019) recomendam que diretrizes sejam revistas e atualizadas, pois ao desconsiderar evidências sobre incidência, gravidade e duração dos sintomas de abstinência, pode-se levar a diagnósticos errôneos assim como aumento e/ou prolongamento desnecessário da prescrição de psicofármacos.

Além disso, as recomendações também apontam para uma redução lenta e gradual dos psicofármacos ao longo de várias semanas. Porém, a maioria dos regimes de redução gradual foi limitada a quatro semanas ou menos (Horowitz; Taylor, 2019; Van Leeuwen *et al.*, 2021).

Outro aspecto controverso é a duração ideal da farmacoterapia após a remissão de sintomas (terapia de continuação). Contudo grande parte das “diretrizes internacionais aponta para um tempo de duração mínimo de 1 a 2 anos após a remissão dos sintomas” (p. 5560) o que parece ser corroborado por Van Leeuwen *et al.* (2021).

Para concluir, convergente com a abordagem psiquiátrica, em relação ao prognóstico, é posto que “os transtornos de ansiedade têm o prognóstico de um transtorno crônico com recaídas e agudização frequentes. [...] portanto, a manutenção do tratamento a longo prazo é necessária para evitar os prejuízos associados à cronicidade” (p.5546), o que parece ser questionado e aparentemente refutado por alguns estudos que apontam que quanto maior a duração do tratamento psicofarmacológico, maior a probabilidade de recorrência de eventos (Gardarsdottir *et al.*, 2009a, 2009b; Patten, 2004).

Em comparação com a versão anterior do respectivo capítulo no mesmo livro, observa-se o acréscimo de mais um autor (Natan Pereira Gosmann) bem como acréscimo das categorias de ansiedade em crianças e adolescentes e transtorno de ansiedade de separação. Observa-se também a retirada de alguns trechos, atualização de dados epidemiológicos, acréscimo de estudos clínicos e aumento de abordagens não farmacológicas, com uma aproximação maior com a abordagem psicossocial na medida em que relativiza o uso de psicofármacos, atentando para os possíveis riscos associados ao seu uso, como por exemplo na página 5571, em que quando aborda sobre a adição e combinação de antidepressivos salienta que essa estratégia deve ser “reservada a casos específicos em que os benefícios suplantam os riscos do uso desses medicamentos”. Ou quando aborda sobre benzodiazepínicos, colocando que os mesmos devem ser “prescritos com parcimônia, considerando o risco de ocasional dependência após o uso repetido (p. 5593).

### **Capítulo 109. Depressão.**

Este capítulo aborda o diagnóstico de depressão na APS, descreve e orienta o tratamento dos casos de maneira detalhada, oferecendo fluxogramas e orientações clínicas. Apresenta convergência com ambas as abordagens, tendendo a uma convergência maior com a abordagem psicossocial em comparação com a sua versão anterior de 2013 (Duncan et al., 2013), mas ainda mais próxima da abordagem psiquiátrica. Como diferenciações entre a versão anterior e sua versão atual revisada, observa-se a reestruturação do capítulo, com o acréscimo de um autor (Tadeu Assis Guerra), atualização de dados, acréscimo do instrumento PHQ-9 no rastreamento de depressão, acréscimo de duas tabelas: figura 171.2 a qual apresenta o passo a passo na avaliação e intervenção de risco no suicídio e figura 171.4, que apresenta a definição de episódio maníaco. Houve retirada da ECT como uma intervenção passível de ser realizada.

Apesar de em diversos momentos apontar para estratégias não medicamentosas possíveis nos casos de depressão leve, ainda enfatiza o caráter crônico da doença em diversas passagens do texto, especialmente no que tange ao prognóstico e duração do tratamento. Os autores apontam para uma tendência na proposição de tratamentos “cada vez mais longos (pelo menos dois anos e indefinidamente para alguns casos), considerando o caráter crônico e recorrente dos transtornos depressivos” (p.5617).

Em direção contrária, Andrews et al. (2012) sugerem que o uso prolongado de antidepressivos pode causar degradação no funcionamento dos mecanismos homeostáticos que controlam a serotonina, além de aumentar o risco de recaída após a descontinuação do psicofármaco. Defendem também a partir de uma análise de custo-benefício, que não fornecer antidepressivos é uma escolha mais acertada, orientando a evitar a iniciação dos pacientes nessa terapêutica, e sugerindo o emprego de outros tratamentos com um perfil de efeito colateral mais baixo. Concluem seu estudo considerando que

de uma perspectiva legal, ética e de saúde pública, agora parece prudente, com base nas evidências existentes, que os profissionais e as organizações médicas profissionais revisem as diretrizes do consentimento informado e reconsiderem o *status* dos antidepressivos nos padrões de atendimento para muitos diagnósticos, e como tratamento imediato da linha de frente para a depressão (Andrews et al., 2012, p. 14).

Especificamente no campo da APS, Arroll *et al.* (2016), em revisão sistemática e metanálise sobre o uso de antidepressivos para o tratamento da depressão apontam que as evidências para a eficácia do tratamento medicamentoso nos serviços da APS continuam limitadas, com poucas informações sobre as novas classes de antidepressivos e estudos comparativos dos antidepressivos mais recentes com placebo. Os autores atentam que embora os medicamentos antidepressivos possam ser eficazes, o seu estudo não conseguiu responder quando eles devem ser usados, quem deve recebê-los, por quanto tempo os médicos devem esperar para iniciar a prescrição ou por quanto tempo devem mantê-la. Nessa revisão constatou-se que as pesquisas tiveram uma curta duração, com média menor de oito semanas, e que apenas quatro estudos não foram financiados pela indústria farmacêutica, evidenciando dados insuficientes para uso prolongado desses psicofármacos na APS, além de potencial viés de publicação, que também ficou evidenciado nos estudos de (Amsterdam; McHenry; Jureidini, 2017; Hengartner, 2017; Ross; Gross; Krumholz, 2012; Turner *et al.*, 2008).

Ainda, convergente com a abordagem psiquiátrica, o capítulo coloca que “o objetivo do tratamento da depressão deve ser a remissão completa dos sintomas (p. 5611).

Logo a seguir afirma que:

existem evidências de que os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão aguda moderada a grave, melhorando sintomas (resposta) ou eliminando-os (remissão completa). No entanto os antidepressivos não mostraram vantagens em relação ao placebo em depressões leves (p. 5612).

Todavia, em um fluxograma de avaliação e tratamento do episódio depressivo na APS (figura 171.1) em segundo lugar a opção do tratamento psicofarmacológico para os casos moderados/graves, ficando a primeira escolha para abordagens não farmacológicas. No mesmo fluxograma, como tratamento de primeira linha em ambos os casos (leve – moderado/grave), algumas intervenções terapêuticas, com evidência de bons resultados são indicadas: monitoramento ativo, ativação comportamental e atividade física.

A respeito da atividade física, estudos têm apontado para bons resultados na melhora de vários distúrbios psiquiátricos, melhora no sono, no humor e qualidade de vida (Mahindru; Patil; Agrawal, 2023), além de auxiliar no controle dos sintomas depressivos exercendo efeitos antidepressivos, mostrando-se, assim, como uma intervenção eficaz e baseada em evidências para o tratamento da depressão (Kandola *et al.*, 2019; Kvam *et al.*, 2016; Recchia *et al.*, 2022; Ross *et al.*, 2023; Schuch *et al.*, 2016).

De acordo com revisão sistemática e meta-análise sobre depressão e atividade física de Pearce *et al.* (2022), a prática do exercício físico regular poderia ter evitado um em cada nove casos de depressão. Ou seja, se os adultos tivessem alcançado as recomendações atuais de atividade física, 11,5% dos casos de depressão poderiam ter sido evitados.

Além disso, o capítulo também indica como possibilidade terapêutica a terapia interpessoal e terapia cognitivo comportamental caso estejam disponíveis, além de terapia interpessoal, terapia de solução de problemas e psicoeducação.

Em relação à etiopatogenia, embora haja no capítulo a indicação de que a depressão está associada à fatores biológicos e neurotransmissores, também se afirma sua determinação multifatorial, propondo que existem vários fatores que podem estar na gênese ou atuarem como fatores desencadeantes dos PSM, entendimento esse que se aproxima da abordagem psicossocial. Nesse sentido, são apresentadas como de alto risco para o desenvolvimento de episódios depressivos, pessoas que sofrem/sofreram maus tratos e negligência na infância, desemprego, violência doméstica e eventos estressantes recentes. Outros momentos em que há aproximação retórica com a abordagem psicossocial: em relação aos efeitos colaterais que podem gerar ou piorar sintomas depressivos, onde os autores salientam que “esses sintomas podem ser resolvidos não com a prescrição de um novo fármaco, mas sim com a desprescrição e redução da polifarmácia” (p. 5611) e ao final do capítulo, onde os autores defendem que “prescindir

de intervenções desnecessárias ou até danosas (prevenção quaternária” (p. 5623) é crucial para a assistência integral aos pacientes. Por fim, convergente com a abordagem psicossocial, destaca-se o emprego de intervenções focadas em bem-estar, ampliação de rede de apoio e vínculos comunitários, o que é apresentado no diagrama de avaliação e intervenção no risco de suicídio (fig. 171.2).

### **Capítulo 116. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária a Saúde.**

Nesse capítulo são apresentadas diversas intervenções psicossociais possíveis de serem realizadas pelos profissionais na APS. Convergente com a abordagem psicossocial, este capítulo aponta que:

desde o primeiro contato com a pessoa em sofrimento, os profissionais de saúde exercem, muitas vezes sem saber, ações terapêuticas. Ao reconhecer que todas as interações relacionais sempre produzem um efeito psicológico, o profissional de saúde pode ampliar seus instrumentos para caminhar em direção da saúde e reduzir a chance de intervir causando algum dano às pessoas (p. 5919).

Os autores apresentam as bases conceituais para as intervenções, a saber: bases cognitivo-comportamentais e bases psicodinâmicas, descrevendo intervenções de cunho individual, como ação terapêutica do vínculo, terapia interpessoal, terapia de resolução de problemas, terapia de resolução de problemas e estratégias comportamentais específicas, terapia focada em solução, mindfulness, assim como intervenções coletivas/familiares, como por exemplo terapia comunitária integrativa entre outras, exemplificando cada uma das etapas para sua implementação.

Finalizam apontando novas perspectivas na utilização dessas técnicas na APS, a partir da ampliação das formas de aplicação, especialmente de maneira virtual após a pandemia de covid-19.

Comparando com a versão anterior do livro (2013), observa-se o acréscimo de um autor (Dinarte Ballester) e de duas técnicas: terapia de resolução de problemas, estratégias comportamentais específicas e mindfulness, bem como supressão da técnica de terapia de retribuição, além de diversos parágrafos, incluindo a categoria final onde os autores abordavam sobre capacitação e matriciamento. Na versão anterior destacava-se a importância do NASF no processo de matriciamento em SM, o qual despontava como uma peça fundamental na estruturação da integração multidisciplinar e na implementação da educação permanente.

Apesar disso, todo o capítulo segue apresentando estreita relação e convergência com a abordagem psicossocial, sem aproximações com a abordagem psiquiátrica.

**PACK-Brasil Adulto: Versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde (Fiocruz; ENSP, 2023)**

**Sessão analisada: Saúde mental**

**Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina.**

O PACK, nessa sessão, apresenta um fluxograma de avaliação de pacientes com depressão e ou ansiedade, uma categoria de ‘aconselhamento’, outra de ‘tratamento’ e um fluxograma de planejamento para retirada do psicotrópico. Em congruência com a abordagem psicossocial, na categoria aconselhamentos que devem ser oferecidos aos pacientes, são apresentadas diversas estratégias não farmacológicas para lidar com a depressão. Entre elas, exercícios físicos e de relaxamento regulares, tempo de descanso e sono suficientes assim como suporte social, familiar e profissional como grupos de suporte e/ou recurso de apoio. Além disso, quando aborda o tratamento são sugeridos encaminhamentos intersetoriais e multidisciplinares para profissionais especializados em SM quando necessário. Na sequência, outro ponto levantado é a importância da discussão dos possíveis benefícios do uso de antidepressivos com o paciente, e do respeito da decisão do mesmo, caso ele não queira usar, ainda que não sejam mencionados os danos potenciais, nem nenhum tipo de ressalva ou preferência a ser assumida pelos profissionais.

Por outro lado, em congruência com a abordagem psiquiátrica, na categoria ‘aconselhamento’ é sugerido aos profissionais que expliquem ao paciente que o uso de psicotrópicos pode causar efeitos adversos, mas que geralmente se resolvem em alguns dias, contrariamente a diversos estudos que demonstram efeitos adversos e danos a longo prazo em pacientes que fazem uso de psicotrópicos. Além disso, ainda nessa categoria de ‘aconselhamento’, sugere-se que o profissional oriente o paciente de que ele “será tratado por pelo menos 9 meses e que o medicamento não causa dependência” (p.148). Já na categoria ‘planejamento da retirada do psicotrópico’, a primeira pergunta do fluxograma: “Paciente teve episódio(s) prévio(s) de depressão? Se Sim – Considere tratamento a longo prazo por pelo menos 3 anos. Se maior que 3 episódios, discuta para considerar tratamento por toda a vida” (p.148), alinha-se à abordagem psiquiátrica, pois considera o tratamento

como podendo ser de caráter crônico e ininterrupto, desconsiderando a vasta literatura que apresenta a possibilidade de dependência dos psicotrópicos e síndrome de abstinência quando de sua interrupção, conforme já mencionado anteriormente.

Sobre o tratamento dos PSM, não há uma distinção no material para um ou outro problema, estando suas recomendações agrupadas para depressão e/ou ansiedade. Nesse sentido, quando se observa as diretrizes internacionais, sobre duração do tratamento, no caso da depressão, a duração do tratamento continuado varia de quatro a doze meses após remissão dos sintomas, podendo se estender por dois anos naqueles pacientes com alto risco para recaída (dois ou mais episódios, sintomas residuais ou episódios anteriores graves). Já para a ansiedade, as diretrizes apontam para a continuidade do tratamento por seis a 24 meses, a depender da intensidade dos sintomas (Baldwin et al., 2014; Declercq et al., 2016; Kennedy et al., 2016; NICE, 2022; Parish; Gillis; Anthamatten, 2023; Van Leeuwen et al., 2021; van Weel-Baumgarten et al., 2012; WHO, 2023).

Assim sendo, não foi encontrada diretriz que considere o uso de psicofármaco por toda a vida, à exceção do capítulo sobre depressão no livro Medicina ambulatorial (Duncan et al., 2022) que diz que o tratamento pode durar indefinidamente, ainda que as diretrizes sejam baseadas na opinião de especialistas e consensos, visto que há falta de evidências para a duração ideal do tratamento de continuação e manutenção de antidepressivos. Os estudos sobre uso a longo prazo de psicofármacos são escassos, a qualidade da evidência é incerta, existe viés de confusão entre sintomas de abstinência e recaída, além de que análises sugerem que “30% a 50% das prescrições de antidepressivos de longo prazo não tinham indicação baseada em evidências” que apoiasse seu uso (Van Leeuwen et al., 2021, pág.1).

De modo geral, apesar de abordar opções e possibilidades terapêuticas não farmacológicas, o PACK apresenta convergência com a abordagem psiquiátrica dos problemas de SM.

**Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2014).**

**Sessão analisada:** Abordagem a problemas de SM.

O currículo baseado em competências se divide em 4 tipos de atributos que os MFC deveriam desenvolver ao longo de sua formação. Na sessão ‘abordagem a PSM’,

são apresentados 5 pré-requisitos; 9 competências essenciais; 3 competências desejáveis e 2 competências avançadas.

Em relação aos pré-requisitos, percebe-se que há um balanceamento entre as duas abordagens. Convergente com a abordagem psicossocial, alguns pré-requisitos apontam para o reconhecimento de que o manejo dos PSM é parte fundamental da atuação do MFC; e que disfunções no núcleo familiar podem estar associadas a problemas de saúde diversos, incluindo problemas emocionais, ampliando assim o olhar sobre os determinantes da SM.

Por outro lado, convergente com a abordagem psiquiátrica, outros pré-requisitos como conhecimento das principais síndromes/doenças mentais na APS, seus critérios diagnósticos, e as principais opções farmacológicas para os diferentes PSM podem passar uma visão reducionista da problemática, enfatizando a importância dos critérios diagnósticos e a centralidade do tratamento farmacológico.

Em relação aos atributos ou competências essenciais, se percebe uma inclinação para a abordagem psicossocial, na medida em que se amplia o entendimento e reconhecimento do impacto dos PSM no indivíduo, família e sistema, aumentando as possibilidades terapêuticas, com uso de ferramentas para abordagem familiar e de terapias não farmacológicas para os problemas mais frequentes de SM. Além disso aponta para a importância da coordenação do cuidado de pacientes com PSM.

Como atributos desejáveis, apresenta-se o manejo de terapia farmacológica e não farmacológicas para PSM moderadas e o manejo de casos complexos de SM. Nesse sentido, como não há exatamente uma descrição de como seria esse manejo dos casos graves, e por ter sido abordados tanto terapia farmacológica, como não farmacológica, pode-se supor haver algum equilíbrio entre as abordagens. Isso faz pensar, todavia, em uma aproximação da abordagem psiquiátrica, se considerarmos que ela deveria ser explicitamente minoritária, mas o instrumento é um tanto indefinido. Por fim, nas competências avançadas, estão o manejo das doenças mentais graves e a realização de terapia familiar, que da mesma forma que no item anterior, pressupõe certo equilíbrio nas duas abordagens.

De maneira geral, o currículo baseado em competências mostra um suposto equilíbrio com a abordagem psicossocial, mostrando que são esperadas competências relacionais e de manejo clínico que transcendem a abordagem psiquiátrica dos PSM pelos

MFC, com oferta de outros recursos terapêuticos para além dos psicofármacos, levando em consideração variáveis de contexto no entendimento e manejo dos casos, embora não haja preferência pela abordagem não-farmacológica ou crítica explícita ao uso dos psicofármacos como tratamento preferencial. Só esses dois últimos fatores, associados à praticidade e à subcultura profissional médica de considerar ‘natural’ a terapêutica farmacológica, indicam maior afinidade desse currículo com a abordagem psiquiátrica.

### **Cadernos Atenção Básica nº 34 - SAÚDE MENTAL (BRASIL, 2013).**

O caderno 34 apresenta convergência com a abordagem psicossocial. Praticamente todos os capítulos trazem a importância do território, do contexto sociocultural, fomentam um cuidado centrado na pessoa que sofre e não na doença, apontando para diversas estratégias não farmacológicas possíveis. Por exemplo, no 9º capítulo são apresentadas algumas modalidades de intervenções psicossociais chamadas de avançadas, com breve descrição, apresentação das etapas e uma espécie de passo a passo de como operacionalizar cada uma delas, além de referências de onde encontrar mais informações sobre a temática. Em seu último capítulo, destinado aos psicofármacos, coloca-se que a psicofarmacoterapia é apenas um dos recursos para o tratamento dos PSM, que só faz sentido em contexto de projeto terapêutico singular que abarque também outras intervenções, o que também é corroborado por (Parish; Gillis; Anthamatten, 2023) e em processo de co-responsabilização pelo cuidado entre médico e paciente. Além disso, coloca que é importante ter clareza que os psicofármacos não são drogas corretoras de desequilíbrios neuroquímicos; considerar os riscos e benefícios relacionados ao uso de cada psicofármaco; bem como buscar sempre o uso das doses mínimas necessárias para o efeito desejado, com proposição de retirada gradual após remissão dos sintomas. Porém, o caderno pouco problematiza os critérios de manutenção do tratamento, apontando possíveis reações a curto prazo, sem considerar potenciais danos com o tratamento continuado. Embora o grande espaço dedicado aos cuidados não farmacológicos sugira uma afinidade com abordagem psicossocial, a tímida crítica aos psicofármacos, em um contexto altamente e cada vez mais medicalizado, faz a interpretação desse caderno pender para uma ambiguidade, que se compõe de uma retórica psicossocial associada a uma tolerância pouca crítica ao uso cada vez mais comum, precoce, progressivo e crônico dos psicofármacos na APS.

## Considerações finais

A análise dos conteúdos das diretrizes clínicas de cuidado em SM na APS no Brasil, mostrou que elas apresentam aproximações muitas vezes contraditórias com ambas as abordagens, psicossocial e psiquiátrica. Quando convergentes com a abordagem psiquiátrica tendem a enfatizar a cronicidade dos PSM, valorizando a prescrição de psicofármacos e o centramento do cuidado neles, pouco problematizando os riscos e os possíveis efeitos iatrogênicos associados ao seu uso a longo prazo; o que deságua em subexploração dos contextos psicossociais e de outras abordagens de cuidado, projetando o protagonismo do cuidado, na prática, no psicofármaco. Quando convergentes com a abordagem psicossocial, apresentam uma abordagem que considera os aspectos biopsicossociais, enfatizando a importância de uma abordagem centrada na pessoa, com a utilização de outras estratégias não farmacológicas como primeira linha de cuidado.

Nesse sentido, pode-se observar também que os capítulos dos livros analisados que foram escritos por médicos de família e comunidade apresentaram maior convergência com a abordagem psicossocial e os capítulos escritos por psiquiatras aproximaram-se mais da abordagem psiquiátrica, o que sugere que a ampliação do convite para que mais médicos de família sejam autores das diretrizes para o cuidado em SM na APS, pode favorecer um cuidado menos medicalizante e iatrogênico.

Assim, se o desafio de transformar o cuidado na APS voltado aos PSM dos usuários é de grande monta e muito complexo, parece necessário e coerente considerar que ele deve começar pelo reconhecimento científico, profissional e institucional de que as diretrizes clínicas precisam urgentemente ser alteradas para que se afastem do discurso e da abordagem psiquiátrica e defendam explicitamente que tais cuidados devem ser preferencialmente e de forma sistemática voltadas para abordagens psicossociais não farmacológicas.

Isso implica uma restrição do significado e do sentido de um eventual e temporário uso dessas drogas, o que é há décadas proposto pelo movimento da psiquiatria crítica (Middleton; Moncrieff, 2019), por exemplo: um uso muito reduzido, criterioso e momentâneo dos psicofármacos em função do conjunto geral de seus efeitos sobre a pessoa ('a psiquiatria baseada na droga', ao contrário de uma 'psiquiatria baseada na doença' (Middleton; Moncrieff, 2019; Pulhiez; Norman, 2021), de modo a afastar o ideário e as práticas de uma psiquiatria centrada nas doenças ou transtornos, que na APS e no Brasil é realizada ampla e extensamente por não psiquiatras.

Além disso, é importante também problematizar o papel e a responsabilidade da comunidade acadêmica e médica na criação e propagação desse tipo de orientação clínica, pois repercute numa possível maior prescrição de psicofármacos e em efeitos iatrogênicos importantes. Dessa forma, é imprescindível discutir as diretrizes, atualizando suas orientações, a fim de poder construir uma nova realidade tecno-assistencial no país.

Nesse sentido, é necessário repensar a forma como os profissionais da APS tem lidado com as demandas de SM, de modo a tentar viabilizar a incorporação de outras estratégias de cuidado para além do uso de psicofármacos, que valorizem a articulação e a trabalho em rede, as potencialidades do cuidado longitudinal e no território, bem como a participação ativa e protagonismo dos pacientes em seu processo de (auto)cuidado, considerando os desafios institucionais éticos, técnicos e políticos para efetivação de tal proposta.

### **Referências:**

- AMARANTE, P.; FREITAS, F. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- AMSTERDAM, J. D.; MCHENRY, L. B.; JUREIDINI, J. N. Industry-corrupted psychiatric trials. **Psychiatr. Pol.**, v. 51, n. 6, p. 993–1008, 2017.
- ANDREWS, P. W. et al. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. **Frontiers in Psychology**, v. 3, n. April, p. 1–19, 2012.
- ANG, B.; HOROWITZ, M.; MONCRIEFF, J. Is the chemical imbalance an ‘urban legend’? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. **SSM - Mental Health**, v. 2, p. 1–9, dez. 2022.
- ARROLL, B. et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Primary Health Care**, v. 8, n. 4, p. 325–334, 2016.
- BALDWIN, D. S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 28, n. 5, p. 403–439, 8 maio 2014.
- BALLESTER, D.; ANDREOLI, S. B. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 2, p. 72–6, 2005.
- BERGSTRÖM, T. **Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-Episode Psychosis Long-Term Outcomes at the Group and Individual Level**. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2020.
- BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. 2011.
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. **Núcleo de apoio a Saúde da família - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Departamento de Atenção Básica, 2014.

BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil Componente Populacional: Resultados**. 2016.

BRASIL. **Saúde Brasil**. 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. BRASIL: 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 (SUS), 2017b.

BRASIL. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias**. 2019a.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019-cgmad/dapes/sas/ms**. 2019b.

BRASIL. **NOTA TÉCNICA Nº 3 / 2020-DESF / SAPS / MS**. Brasil, Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. 2023.

BRASIL, M. DA S. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde, 2013b.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios**. 7 ed. ed. Madrid: Paraninfo, 1991.

BUSFIELD, J. Mental health problems, psychotropic drug technologies and risk Mental health problems, psychotropic drug technologies and risk. **Health, Risk & Society**, v. 6, n. 4, p. 37–41, 2004.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. DE S. Construção de autonomia: o sujeito em questão. Em: **Tratado de Saúde Coletiva**. p. 1–22.

CAPONI, S. **Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença**. São Paulo: Liber Ars, 2019.

CARLAT, D. New York Times Magazine. **Drug Rep.**, 2007.

CASTELLÓ, M. ET AL. **Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en atención primária de salud**. Fórum Catalão de ATENÇÃO Primaria. 2016.

COSTA-ROSA, A. DA. 8 - O modo psicossocial. Em: AMARANTE, P. (Ed.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection, 2000. p. 141–168.

COWEN, P. J.; BROWNING, M. What has serotonin to do with depression? **World Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 158–160, jun. 2015.

DANBORG, P. B.; VALDERSDORF, M.; GOTZSCHE, P. C. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 30, p. 59–71, 2019.

DAVIES, J.; READ, J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? **Addictive Behaviors**, v. 97, p. 111–121, 1 out. 2019.

DAVIES, T. et al. Integrating mental health care into primary care systems in low- and middle-income countries: lessons from PRIME and AFFIRM. **Global Mental Health**, v. 4, n. 7, p. 1–6, 2017.

DECLERCQ, T. et al. Depressie bij volwassenen. **Domus Medica**, p. 1–88, 2016.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artemed, 2013.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção primária baseadas em evidências**. 5ª edição ed. Artmed, 2022.

ERHEL, F.; SCANFF, A.; NAUDET, F. The evidence base for psychotropic drugs approved by the European Medicines Agency: A meta-assessment of all European Public Assessment Reports. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 2020.

FAVA, G. A. O tratamento a longo prazo com antidepressivos pode piorar o curso da depressão? **J Clin Psychiatry** 2003, v. 64, n. 2, p. 123–133, 2003a.

FAVA, G. A. Can Long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? **J Clin Psychiatry**, v. 64, p. 123–133, 2003b.

FAVA, G. A. et al. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: A systematic review. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 84, n. 2, p. 72–81, 2015.

FAVA, G. A. et al. **Withdrawal symptoms after serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor discontinuation: Systematic review**. **Psychotherapy and Psychosomatics**. Karger AG, 1 ago. 2018.

FAVA, G. A. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 10, p. 1–11, 2020a.

FAVA, G. A. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 10, p. 1–11, jan. 2020b.

FAVA, G. A.; RUINI, C.; SONINO, N. Treatment of Recurrent Depression A Sequential Psychotherapeutic and Psychopharmacological Approach. **CNS Drugs**, v. 17, n. 15, p. 1109–1117, 2003.

FINAZZI, E.; MACBETH, A. **Service users experience of psychological interventions in primary care settings: A qualitative meta-synthesis**. **Clinical Psychology and Psychotherapy** John Wiley and Sons Ltd, 1 mar. 2022.

FIOCRUZ, F. O. C.; ENSP, E. N. DE S. P. S. A. **PACK Brasil Adulto Practical Approach to Care Kit Kit de Cuidados em Atenção Primária**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <www.knowledgetranslation.co.za>.

FOURNIER, J. C. et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. **JAMA**, v. 303, n. 1, p. 47, 6 jan. 2010.

FRAMER, A. What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 11, p. 1–18, 2021.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 545–565, 2014.

GARATTINI, S.; BERTELE, V. The impact of European regulatory policies on psychotropic drug prescribing patterns. **International Review of Psychiatry**, v. 17, n. 3, p. 199–204, 2005.

GARDARSDOTTIR, H. et al. Does the length of the first antidepressant treatment episode influence risk and time to a second episode? **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 29, n. 1, p. 69–72, fev. 2009a.

GARDARSDOTTIR, H. et al. Duration of antidepressant drug treatment and its influence on risk of relapse/recurrence: Immortal and neglected time bias. **American Journal of Epidemiology**, v. 170, n. 3, p. 280–285, ago. 2009b.

GASTALDON, C. et al. Withdrawal Syndrome Following Discontinuation of 28 Antidepressants: Pharmacovigilance Analysis of 31,688 Reports from the WHO Spontaneous Reporting Database. **Drug Safety**, v. 45, n. 12, p. 1539–1549, 1 dez. 2022.

- GOTZSCHE, P. C. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 31, n. 3, p. 1–6, 2019.
- GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255–3262, 2015.
- GUERRA, C. DE S. et al. Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 6, p. 4444–4451, 2013.
- GUO, K. et al. Safety Profile of Antipsychotic Drugs: Analysis Based on a Provincial Spontaneous Reporting Systems Database. **Frontiers in Pharmacology**, v. 13, p. 1–9, 9 mar. 2022.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade Princípios, formação e prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- HE, H. et al. Comparative efficacy and acceptability of first-line drugs for the acute treatment of generalized anxiety disorder in adults: A network meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 118, p. 21–30, 1 nov. 2019.
- HEALY, D. Serotonin and depression. **BMJ**, v. 350, p. 1–2, 21 abr. 2015.
- HENGARTNER, M. P. Methodological Flaws, Conflicts of Interest, and Scientific Fallacies: Implications for the Evaluation of Antidepressants' Efficacy and Harm. **Frontiers in Psychiatry**, v. 8, n. 275, p. 1–7, 2017.
- HENGARTNER, M. P. et al. Antidepressant Use During Acute Inpatient Care Is Associated With an Increased Risk of Psychiatric Rehospitalisation Over a 12-Month Follow-Up After Discharge. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, p. 1–9, 2019.
- HENGARTNER, M. P.; ANGST, J.; RÖSSLER, W. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: Results from a prospective community cohort study over 30 years. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 87, n. 3, p. 181–183, 2018.
- HENGARTNER, M. P.; DAVIES, J.; READ, J. **Antidepressant withdrawal - The tide is finally turning**. **Epidemiology and Psychiatric Sciences** Cambridge University Press, 2019.
- IBGE, I. B. DE G. E. E. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2019.
- JAKOBSEN, J. C. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1–28, 2017.
- JAKOBSEN, J. C.; GLUUD, C.; KIRSCH, I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 25, n. 4, p. 130–136, 1 ago. 2020.
- KANDOLA, A. et al. **Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity**. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews** Elsevier Ltd, 1 dez. 2019.
- KATES, N. et al. Improving collaboration between primary care and mental health services. **The World Journal of Biological Psychiatry**, v. 20, n. 10, p. 748–765, 26 nov. 2019.
- KENNEDY, S. H. et al. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments**. **Canadian Journal of Psychiatry**. SAGE Publications Inc., 1 set. 2016.
- KHAN, A. et al. Antidepressant – placebo differences in 16 clinical trials over 10 years at a single site: role of baseline severity. **Psychopharmacology**, v. 214, p. 961–965, 2011.
- KHAN, A. et al. Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. **World Psychiatry**, v. 16, p. 181–192, 2017.

- KIRSCH, I. et al. Do outcomes of clinical trials resemble those of “real world” patients? A reanalysis of the STAR\*D antidepressant data set. **Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice**, v. 5, n. 4, p. 339–345, 2018.
- KVAM, S. et al. **Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis**. **Journal of Affective Disorders** Elsevier B.V., 2016.
- LACASSE, J. R.; LEO, J. Serotonin and Depression : A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. **PLoS Medicine** ], v. 2, n. 12, p. 1211–1216, 2005.
- LESTER, H.; GLASBY, J.; TYLEE, A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? **British Journal of General Practice**, p. 285–291, 2004.
- 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, n. 9801, p. 1502–1514, 2011.
- LUND, C. et al. Review Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 357–369, 2018.
- LUND, C.; STANSFELD, S.; SILVA, M. DE. Determinantes sociais da saúde mental. Em: V. PATEL, H. MINAS, A. COHEN, M. P. (Ed.). **Saúde Mental Global: Princípios e Prática**. Nova York: Oxford University Press, 2013. p. 116–136.
- MAHINDRU, A.; PATIL, P.; AGRAWAL, V. Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. **Cureus**, 7 jan. 2023.
- MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. DE; BERTI, M. Social inequality and common mental disorders Desigualdade social e transtornos mentais comuns. **Rev Bras Psiquiatr.**, p. 1–5, 2007.
- MARTINS, R. DE C. A. Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho na saúde mental. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, v. 11, n. 1, p. 96–116, 2019.
- MASLEJ, M. M. et al. Individual Differences in Response to Antidepressants. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 5, p. 490, 1 maio 2021.
- MIDDLETON, H.; MONCRIEFF, J. Critical psychiatry: a brief overview. **BJPsych Advances**, v. 25, n. 1, p. 47–54, jan. 2019.
- MONCRIEFF, J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. **British Journal of Psychiatry**, v. 188, n. 04, p. 301–302, 2006.
- MONCRIEFF, J. Magic Bullets for Mental Disorders: The Emergence of the Concept of an “Antipsychotic” Drug. **Journal of the History of the Neurosciences**, v. 22, n. 1, p. 30–46, 16 jan. 2013.
- MONCRIEFF, J. Against the Stream Series Against the stream: Antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. **BJPsych Bulletin**, v. 42, n. di, p. 42–44, 2018a.
- MONCRIEFF, J. Research on a ‘drug-centred’ approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 2, p. 133–140, 12 abr. 2018b.
- MONCRIEFF, J. What does the latest meta-Analysis really tell us about antidepressants? **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 5, p. 430–432, 1 out. 2018c.
- MONCRIEFF, J. El pasado y el futuro de la psiquiatría y sus fármacos. Em: ZURITA, M. (Ed.). **ATLAS otra revista de salud mental**. 17. ed. Córdoba: Autowahn editora, 2019. v. 6p. 17–32.
- MONCRIEFF, J. Persistent adverse effects of antidepressants. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, p. 1–2, 2020.

- MONCRIEFF, J., et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. **Molecular Psychiatry**, p. 1–14, 2022.
- MORGAN, K. V.; NAJJAR, J. N. V. Na contramão da gestão democrática: políticas educacionais no Brasil a partir de 2016. **Roteiro**, v. 45, p. 1–22, 2020.
- MOURA, D. C. N. DE et al. Abuse of Psychotropic drugs by demand of the family health strategy. **SANARE, Sobral**, p. 136–144, 2016.
- MUIR-COCHRANE, E. et al. Prevalence of the use of chemical restraint in the management of challenging behaviours associated with adult mental health conditions: A meta-synthesis. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 27, n. 4, p. 425–445, 10 ago. 2020.
- MUIR-COCHRANE, E.; OSTER, C.; GRIMMER, K. International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 26, n. 3, p. 927–956, 18 jun. 2020.
- NADKARNI, A. et al. The management of adult psychiatric emergencies in low-income and middle-income countries: a systematic review. **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 6, p. 540–547, jun. 2015.
- NATIONS UNITED. **Report of the International Narcotics Control Board for 2017**. 2017.
- NICE. **Depression in adults: treatment and management NICE guideline**. 2022. Disponível em: <[www.nice.org.uk/guidance/ng222](http://www.nice.org.uk/guidance/ng222)>.
- NIELSEN, M.; HANSEN, E. H.; GOTZSCHE, P. C. Dependence and withdrawal reactions to benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. How did the health authorities react? **Int J Risk Saf Med**, v. 30, n. 2, p. 155–168, 2013.
- NOBRE, V. et al. Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa? **APS em Revista**, v. 5, n. 2, p. 56–64, 2023.
- OLIVEIRA, L. C. DE; RIBEIRO, P. R. M. O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. **Salusvita, Bauru**, v. 19, n. 2, p. 89–100, 2000.
- OLIVEIRA, W. F. DE. Eletroconvulsivoterapia (ECT)/ Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 11, n. 28, p. 46–68, 2019.
- ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643–4652, 2011.
- PARISH, A. L.; GILLIS, B.; ANTHAMATTEN, A. Pharmacotherapy for Depression and Anxiety in the Primary Care Setting. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 19, n. 4, 1 abr. 2023.
- PATTEN, S. B. The impact of antidepressant treatment on population health: Synthesis of data from two national data sources in Canadá. **Population Health Metrics**, v. 2, 1 nov. 2004.
- PEARCE, M. et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression. **JAMA Psychiatry**, v. 79, n. 6, p. 550, 1 jun. 2022.
- PECH, J. et al. **Poor evidence for putative abnormalities in cerebrospinal fluid neurotransmitters in patients with depression versus healthy non-psychiatric individuals: A systematic review and meta-analyses of 23 studies**. **Journal of Affective Disorders** Elsevier B.V., 1 nov. 2018.
- PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. DE F. DE N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1–17, 2020.

- PINTO, V. M.; CAPELETTI, N. DE M. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 14, n. 41, p. e1710–e1710, 2019.
- PULHIEZ, G. C.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 1–10, 26 jan. 2021.
- READ, J.; CARTWRIGHT, C.; GIBSON, K. How many of 1829 antidepressant users report withdrawal effects or addiction? **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 27, n. 6, p. 1805–1815, 1 dez. 2018.
- READ, J.; KIRSCH, I.; MCGRATH, L. Electroconvulsive Therapy for Depression: A Review of the Quality of ECT versus Sham ECT Trials and Meta-Analyses. **Ethical Human Psychology and Psychiatry**, v. 21, n. 2, p. 64–103, 1 out. 2019.
- RIJSWIJK, E. VAN et al. Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. **Int J Clin Pharmacol Ther**, v. 45, n. 1, p. 23–29, 2007.
- RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, A. L.; LIMA, M. S. DE. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 107–114, 2006.
- RODRIGUEZ-PULIDO, F. et al. **Treatment of Depression in Primary Care with Computerized Psychological Therapies: Systematic Reviews**. **Journal of Medical Systems**Springer, , 1 mar. 2020.
- ROSS, J. S.; GROSS, C. P.; KRUMHOLZ, H. M. Promoting Transparency in Pharmaceutical Industry – Sponsored Research. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 1, p. 72–80, 2012.
- ROSS, R. E. et al. The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. **Molecular Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 298–328, 17 jan. 2023.
- SBMFC. **Lançada nova versão de ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica na APS**. 2023.
- SBMFC. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/tratado-de-medicina-de-familia-e-comunidade/>>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SBMFC. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2014.
- SCHOLTEN, W.; BATELAAN, N.; VAN BALKOM, A. Barriers to discontinuing antidepressants in patients with depressive and anxiety disorders: a review of the literature and clinical recommendations. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 10, p. 1–10, jan. 2020.
- SCHUCH, F. B. et al. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. **Journal of Psychiatric Research**, v. 77, p. 42–51, 1 jun. 2016.
- SECCO, A. C. **Os grupos de promoção de saúde como dispositivos de cuidado na atenção básica**. Dissertação—Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2018.
- SHIM, R. S.; COMPTON, M. T. Addressing the social determinants of mental health: If not now, when? If not us, who? **Psychiatric Services**, v. 69, n. 8, p. 844–846, 1 ago. 2018.
- SILVA, L. R. C. DA et al. **Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente**. IX Congresso nacional de Educação; III Congresso Sul Brasileiro de Pedagogia. **Anais**. Curitiba: PUCPR, 2009.

- SILVA, R. A. DOS S.; OLIVER, F. C. Práticas específicas e compartilhadas de terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 7, n. 3, p. 1891–1910, 15 ago. 2023.
- SILVEIRA, S. T. DA et al. A Dispensação de Psicofármacos em um Município de Pequeno Porte: Considerações Acerca da Medicalização da Vida. **Psicologia em Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 17–25, 2016.
- SIRDIFIELD, C. et al. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: Systematic review and meta-synthesis. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 191, p. 1–13, 2013.
- SMITH, S. et al. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, p. 1–125, 2017.
- SOARES, D. DOS A. M.; MARTINS, A. M. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, 14 abr. 2018.
- SØRENSEN, A.; JØRGENSEN, K. J.; MUNKHOLM, K. Description of antidepressant withdrawal symptoms in clinical practice guidelines on depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 316, p. 177–186, nov. 2022.
- STERTZ, A. **No rastreamento em saúde das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: as contribuições do profissional farmacêutico**. Trabalho de conclusão de curso—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023.
- STONE, M. B. et al. Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. **The BMJ**, 2022.
- TAVARES, A. L. B.; SOUZA, A. R. DE; PONTES, R. J. S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. April, p. 35–42, 2013.
- TURNER, E. H. et al. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. **N. Engl. J. Med.**, v. 358, n. 3, p. 252–260., 2008.
- UNÜTZER, J. et al. Depression Treatment in a Sample of 1,801 Depressed Older Adults in Primary Care. **J Am Geriatr Soc**, v. 51, n. 4, p. 505–514, 2003.
- VALÉRIO, W. L.; BECKER, I. R. T. Artigo Original Gestão em Saúde Artigo Original Gestão em Saúde. **Revista Inova Saúde**, v. 3, p. 83–93, 2014.
- VAN LEEUWEN E et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p. 221, 2021.
- VAN LEEUWEN, E. et al. **Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults**. **Cochrane Database of Systematic Reviews** John Wiley and Sons Ltd, 15 abr. 2021.
- VAN WEEL-BAUMGARTEN, E. et al. The NHG guideline depression (second revision of the NHG guideline depressive disorder). **Huisarts en Wetenschap**, p. 25–29, 2012.
- VERSIANI, M. A necessidade do grupo-controle com placebo em pesquisas sobre a eficácia de tratamentos psiquiátricos. **Bioética**, v. 8, n. 1, p. 29–42, 2000.
- WHITAKER, R. Anatomy of an epidemic: the history and science of a paradigm of care. **the Behavior Therapist**, v. 38, n. 7, p. 192–198, 2015.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WHO, W. H. O. **MI-GAP Manual de Intervenções.** 2010.

WHO, W. H. O. **Social determinants of mental health.** 2014.

WHO, W. H. O. **Fact Sheets Depression.** 2023.

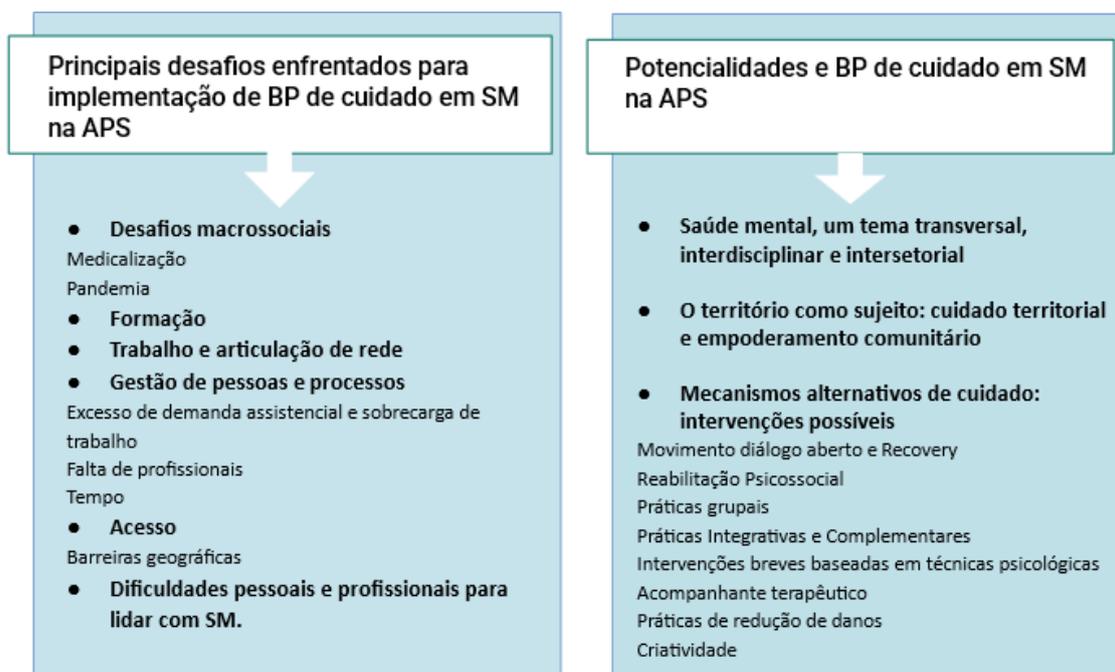
WHO, W. H. O.; WONCA, W. O. OF F. D. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários Uma perspectiva global.** 2009.

WONCA, W. O. OF F. D. **Family doctor's role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care Summary of Recommended Skills.** 2017.

## Capítulo 3: Análise dos Grupos Focais

Os resultados e discussão da análise do material advindo dos Grupos Focais foram elencados em duas grandes categorias de análise divididas em outras subcategorias a saber: desafios encontrados no cotidiano de trabalho e potencialidades e boas práticas de cuidado em SM na APS. A primeira categoria foi subdividida em desafios macrossociais, de formação, de trabalho e articulação de rede, de gestão de pessoas e processos, de acesso e dificuldades pessoais e profissionais para lidar com SM. Já a segunda categoria, foi subdividida em saúde mental, um tema transversal, interdisciplinar e intersetorial; o território como sujeito e mecanismos alternativos de cuidado: intervenções possíveis. Essas categorias em algumas ocasiões também se ramificaram em outras subcategorias.

**Quadro 3: Análise dos Grupos Focais.**



**Fonte:** Desenvolvido pelos pesquisadores.

### Principais desafios enfrentados para implementação de boas práticas de cuidado em SM na APS

Os participantes dos grupos focais elencaram e descreveram diversos desafios enfrentados no cotidiano de trabalho que dificultam que boas práticas de cuidado em SM

possam ser desenvolvidas nos serviços. Buscamos categorizá-las de um campo macro para microssocial, em níveis de complexidade.

#### *Macrossociais*

Os participantes entendem o tema da SM como um tema mais amplo, transversal, que perpassa os determinantes sociais de saúde e é impactado pelos mesmos.

Vivendo em um país onde os determinantes sociais aí também causam muito sofrimento, né? .... Não entendo como uma coisa simplesmente orgânica, acho que é uma coisa social, uma coisa cultural, são várias coisas que influenciam na saúde mental das pessoas. 1M4

Porque isso passa um pouco pelo nosso contexto de vida, nosso contexto sócio-histórico-cultural. 3M5

quase todo mundo que chega tem um sofrimento, principalmente na época que a gente tá vivendo, né? Onde, é, os sofrimentos são cada vez mais acentuados pelas condições que a gente tá passando no, nesse Brasil. 1E3

Os participantes acima colocam que para além do componente simplesmente orgânico do sofrimento psíquico, existem componentes macrossociais associados, relacionados ao contexto e às condições de vida da população.

Nesse sentido estudos apontam que a prevalência de PSM em usuários dos serviços primários de saúde no país é maior em mulheres, de baixa renda e baixa escolaridade e em pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e desemprego (Fortes *et al.*, 2011; Gonçalves; Kapczinski, 2008; Gonçalves *et al.*, 2014; Morais; Segri, 2011).

Recentemente, pesquisa buscando analisar a prevalência nacional da depressão no período de 2013 a 2019, a partir da comparação dos dados de duas edições da PNS, identificou um aumento importante, de 36,7% no período estudado, com aumento cerca de 3 vezes maior entre adultos jovens e desempregados, chegando a um aumento de 176% nestas populações. Os pesquisadores reforçam a possível associação do aumento dos índices de depressão no país com a realidade socioeconômica política vigente, considerando que a recessão econômica no período possa explicar os achados (Lopes *et al.*, 2022).

Esses resultados são corroborados com a literatura internacional que aponta para vastas evidências de que os transtornos mentais são fortemente socialmente determinados (Lund *et al.*, 2018; WHO, 2014b). As evidências científicas demonstram associação entre indicadores de pobreza/baixa renda (Lund *et al.*, 2011, 2018; Mrejen; Hone; Rocha, 2022; WHO, 2007) desemprego e condições de trabalho estressantes (Patel, 2014; Patel *et al.*, 2016), baixos níveis de educação (Patel *et al.*, 2016), experiência de insegurança e desesperança, exclusão social, discriminação, violência (Lund *et al.*, 2018; Wahlbeck *et al.*, 2017; WHO, 2007), estilo de vida pouco saudável e má saúde física, bem como violações dos direitos humanos (Lund *et al.*, 2018; WHO, 2007), além de desigualdades raciais/étnicas (Mrejen; Hone; Rocha, 2022) com aumento dos riscos para a PSM, o que reafirma a inseparabilidade dos resultados de SM com os desafios macrossociais e as desigualdades (Burgess *et al.*, 2020; WHO, 2007, 2014b).

Outro ponto levantado por 2M1, é a dificuldade de lidar com situações concretas de realidade, considerando a dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais, e de prevenção e promoção de saúde.

É muito difícil lidar com situações concretas da realidade. [...] então a gente encontra um machismo estrutural, mulheres estupradas, a gente encontra as que revelam isso depois de muito tempo, a gente encontra sobrecarga de trabalho, as pessoas extremamente exploradas, cansadas do trabalho, chegam estressadas em bournout, a gente encontra falta de equipamento público, não tô falando nem de rede assistência... Não tem praças, não tem local para caminhada... A gente encontra falta de tempo dos profissionais para desenvolverem ações de prevenção, e talvez promoção mesmo... Mesmo que não seja na saúde, que seja em outros departamentos 2M1

Nesse sentido, embora a relação entre os aspectos sociais e a SM seja bem estabelecida, o social ainda continua sendo subestimado na tríade biopsicossocial quando se considera as possibilidades de intervenção. Isso porque as respostas necessárias aos determinantes sociais da SM devem ser ampliadas, se estendendo muito além dos serviços de SM, demandando ações que consigam abranger os níveis individual, familiar, comunitário e social, o que requer estratégias multiníveis, com articulações intersetoriais, políticas (desde políticas locais até supranacionais) e de (re)estruturação social (Burgess *et al.*, 2020; Johnson, 2017; Koh *et al.*, 2010; Wahlbeck *et al.*, 2017).

2M1 novamente levanta novamente o desafio de lidar com os PSM que chegam ao consultório, pois isso demandaria mudanças radicais nos modos de vida, incluindo o

próprio capitalismo, o que também é problematizado por Oliveira, Cavalcanti e Ericson (Oliveira; Cavalcanti; Ericson, 2024).

é muito difícil você lidar, e aí eu tô colocando um problema, mesmo com a medicalização social, porque é a gente teria que acabar com o capitalismo primeiro, eu fico pensando isso, porque a gente não encontra soluções viáveis para a maioria dos problemas que chegam no nosso consultório, por que demandaria de fato as pessoas tirarem um tempo para sua família, tirarem um tempo para lazer e terem uma vida plena, sem opressão de gênero, sem opressão de raça. [...] Se eu fosse gestor, eu não olharia só na saúde mental pra assistência à doença, eu pensaria também nas leis que protegem, a, o lazer, a cultura e o bem-estar de uma forma geral. 2M1

As duas falas de 2M1, que sinalizam para a questão do machismo estrutural, opressões de gênero e raça, exploração do trabalho entre outras, apresentam ressonância na literatura nacional, que aponta que no contexto brasileiro, os altos índices de transtornos mentais encontrados em usuários da APS podem ser explicados por diversas razões, entre elas pelas condições socioeconômicas adversas, altos índices de desigualdades e inequidades de classe, raça e gênero, violência generalizada, violação sistemática dos direitos humanos, instabilidade econômica e política entre outras (Brasil, 2013a; Dimenstein *et al.*, 2017; Gonçalves *et al.*, 2014; Lima *et al.*, 2008; Ludermir, 2008; Marín-león; Oliveira; Berti, 2007).

Nesse sentido, buscando dar conta dessa difícil realidade e reduzir as desigualdades e inequidades existentes, se torna necessário aos formuladores de políticas públicas empenho e esforço na criação e implementação de políticas públicas educacionais, assistenciais, de segurança pública entre outros, capazes de superar o círculo vicioso da pobreza, violência e transtornos mentais (Gonçalves *et al.*, 2014; Lund *et al.*, 2011). Já aos profissionais de saúde, especialmente os médicos de família e comunidade e demais profissionais da APS, é imprescindível que lancem mão de estratégias, especialmente não farmacológicas de enfrentamento ao sofrimento psíquico e suas manifestações.

2E6 e 1M5 atentam para essa perspectiva. 2E6 aponta que muitas vezes os problemas sociais são tratados com medicamentos e 1M5 refere que se conseguíssemos ter menos pessoas sofrendo por conta de seu contexto de vida, seria possível uma menor medicalização.

Porque a nossa rede, ela é deficitária, óbvio, mas, né, se nós tivéssemos menos pessoas adoecendo por causa do seu contexto de vida social, enfim, né, teria um, realmente menos gente, a gente estaria medicalizando menos o que não se, o que não vai se consertar com um remédio, né? Vamos dizer assim. 2E6

A gente vem com uma formação de sedificar as pessoas, né? Colocar elas em pequenas caixinhas e lidar isso com medicamento. E que, na verdade, as pessoas tão se adoecendo pelo contexto, né? 1M5

### Medicalização

A medicalização foi um tema recorrente nas falas dos participantes, e aparece como um desafio importante para suas práticas. Ela está intrinsecamente relacionada aos determinantes sociais de SM, na medida que os participantes se sentem muitas vezes impotentes e impelidos a medicalizar os problemas sociais por terem poucas estratégias e recursos não farmacológicos disponíveis na rede.

Não consigo abordar a questão da saúde mental sem explorar a questão social que tá envolvida na realidade né, da maior parte dos adoecimentos em saúde mental... [...] E é isso, me sinto de mãos atadas né, por vezes tendo que prescrever um inibidor de receptação de serotonina pra uma pessoa que talvez o problema dela não seja serotonina. 2M4

Porque medicalizar uma situação de desemprego e sofrimento não resolve. 2E5

É, em termos práticos, assim, no meu dia a dia, né, tem a questão da falta de suporte, do que oferecer, já que eu não quero medicalizar, o que eu vou dar para essa pessoa no lugar, né? É, o, a sensação de que tá medicalizando problemas sociais, né? Enfim, como é que eu vou falar pra ela se distrair, fazer atividades físicas se ela trabalha 20 horas por dia? 3M4

A sociedade como um todo vem ficando com problemas de natureza psicossocial e que chega no nosso consultório, e isso leva também é uma medicalização e uma busca de cuidados e saúde né... é como eu falei até, uma certa legitimação de muitas patologias que antes não era do cuidado das equipes. E por fim, eu acho que uma outra coisa a se acrescentar, é que ainda existe uma centralidade do atendimento dentro das equipes, dentro do cuidado médico e uma medicalização disso. 2M7

Eu acho que é um dificultador que é lidarmos com essa hegemonia do modelo biomédico de compreensão do sofrimento sob uma perspectiva unicamente e exclusivamente orgânica, e aí isso gera realmente uma sobrecarga, porque aí se a gente está com essa hegemonia que é amplamente disseminada não só na nossa rede, aí a sobrecarga de dentro de consultório, de medicalização é muito maior né. 2E5

A hegemonia do saber biomédico e conseqüente medicalização da vida, detalhadas e discutidas no referencial teórico da respectiva tese, foram apontados pelos participantes, assim como pela literatura, como uma das principais motivadoras de prescrições rotineiras de psicofármacos por médicos da APS, que as justificam por diversos motivos: seja por fatores determinantes socioeconômicos (Alvarez *et al.*, 2002), pela falta de tempo (Alvarez *et al.*, 2002; Nordon; Hübner, 2009; Vilhelmsson; Svensson; Meeuwisse, 2013), pelo fato da psiquiatria deixar margem para muitas interpretações

(Borges *et al.*, 2015; Hedenrud; Svensson; Wallerstedt, 2013), por subestimarem gravidade do uso e os efeitos colaterais das drogas, considerando que benefícios do uso são maiores que o risco (Nordon; Hübner, 2009), por fragilidades na formação, por pouco ou insuficiente conhecimento para modificar uma prescrição já feita por outro profissional (Dybwad *et al.*, 1997; Fraser *et al.*, 2013), restringindo seu atendimento à renovação da receita, por solicitação dos pacientes que já utilizam essas medicações, sem necessariamente realizar avaliações periódicas, com ausência de seguimento clínico (Borges *et al.*, 2015; Dybwad *et al.*, 1997; Onocko-Campos *et al.*, 2011; Rosa *et al.*, 2012), por medo das consequências da negação da prescrição da receita e desejo de manter uma boa relação médico-paciente (Dybwad *et al.*, 1997; Nordon; Hübner, 2009; Sirdifield *et al.*, 2013), além de falta de disponibilidade de outros recursos terapêuticos na unidade de saúde e demais dispositivos da rede (Borges *et al.*, 2015; Hedenrud; Svensson; Wallerstedt, 2013; Onocko-Campos *et al.*, 2011; Sirdifield *et al.*, 2013), o que também foi bastante salientado pelos participantes.

Alvarez *et al.* (2002) em seu trabalho com mais de 30 médicos de equipes de APS da Espanha, buscando identificar quais elementos poderiam influenciar na prescrição de psicotrópicos, constataram que os fatores determinantes socioeconômicos, acompanhados da diminuição do limiar de tolerância da população ao sofrimento emocional, do aumento da prevalência de diversas patologias e da falta de tempo na consulta foram alguns dos aspectos mais influente na prescrição dessa classe medicamentosa. Os participantes desta pesquisa consideraram que a prescrição exacerbada de psicotrópicos decorre especialmente de profundos problemas psicológicos, sociais, culturais e econômicos, desconsiderando o papel e a responsabilidade do próprio médico no processo, o que parece evidenciar pouca autocrítica dos mesmos, e contrasta com a conclusão dos autores, de que apesar da importância das questões macrossociais, as características pessoais de cada prescritor e o nível de formação influenciam também na prescrição desses fármacos (Kisely *et al.*, 2000).

Nesse sentido a participante 1M4 parece fazer um contraponto e autocrítica considerando que os próprios médicos fazem parte de uma sociedade que é medicalizada, e reproduzem os padrões por ela disseminados. Além disso, ela também salienta que as crenças dos usuários e a falta de instrumentalização/formação também auxiliam na prescrição de psicofármacos por médicos de SFC.

A gente lida com uma sociedade que tá medicalizada, né? A gente vê nas propagandas, na televisão, nos outros profissionais. Então a gente recebe as pessoas com intenso sofrimento psíquico e com uma crença plena de que é a intervenção medicamentosa, às vezes, é a única solução, a única saída. Então, é, se a gente tá mal preparado, né? Mal instrumentalizado, muitas vezes, com essa rede toda, com essa deficiência toda na rede, é, vai, vai acabar sendo cedido, né? Pra, por essa pressão. Até porque também nós somos medicalizados, a gente tá dentro da sociedade também. 1M4

Corroborando sobre a importância da instrumentalização dos profissionais no campo da SM, 1M2 aponta esta como estratégia para diminuição de possíveis iatrogenias associadas.

Eu sempre brinco que ir no médico é perigoso, você pode ganhar um monte de intervenção desnecessária, que pode implicar em risco pra ti ou pros outros, né? E virar cascata e tal, né? Então, na verdade, eu entendo o quanto mais a gente instrumentalizar, é, o restante da equipe com ferramentas de abordagem e cuidados em saúde mental, melhor vai ser, a gente vai ampliar acesso talvez proteger essa população do, dos próprios médicos. De intervenções que podem ser danosas ou que não vão trazer ganhos ali. 1M2

A iatrogenia refere-se a “um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por, ou resultantes do tratamento médico” (Illich, 1975, p. 23), podendo ser caracterizada como a “produção de efeitos deletérios sobre a saúde devido à ação médica” (Tesser, 2006a, p. 63). Segundo Illich (1975), em sua obra “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”, a iatrogênese, termo com sentido derivado da nomenclatura médica iatrogenia, pode ser classificada em três tipos: Iatrogênese clínica, Iatrogênese social e Iatrogênese cultural.

A iatrogênese clínica se relaciona aos danos provocados por tratamentos médicos, suas tecnologias e terapêuticas; a Iatrogênese social se relaciona ao efeito social nocivo da medicina, resultando na perda de autonomia e na expropriação da saúde enquanto responsabilidade individual e familiar, fomentando comportamento dependente e passivo frente a autoridade médica; e a Iatrogênese cultural está relacionada com a destruição das vias tradicionais de enfrentamento da dor, enfermidade e morte, diminuindo o potencial cultural das pessoas para lidar com essas questões (Illich, 1975; Nogueira, 2003; Sanches, 2011; Tesser, 2006a).

Por fim, 2M7 problematiza sobre os ganhos obtidos pela indústria farmacêutica com o adoecimento psíquico das pessoas, temática também já amplamente discutida na introdução e nos artigos teóricos da presente tese.

a medicalização e a indústria farmacêutica, ela ganha muito com o adoecimento mental de todo mundo, tá? Então, a gente pensando de uma maneira ideal, mas o nosso

ideal, tem coisas no mundo prático que, que, enfim, tem gente ganhando com isso, né, com esse adoecimento, tá? 2M7

## Pandemia

Os participantes dos GF, sinalizam para as repercussões ocorridas em cenário pandêmico, seja na rotina dos serviços, seja no desencadeamento e agravamento de alguns casos em saúde mental. Sobre esse último ponto, os participantes colocam:

A gente tá hoje passando por uma, é, pandemia também de saúde mental. 2P3

Bom, agora na pandemia muita gente desempregada desencadeou problemas de saúde mental. 2E6

E... Assim, claro, pandemia né? Então, todo mundo descompensou bastante a questão social, tudo isso que vocês já falaram, né? Então, é, foi bem delicada a questão de a gente, como a gente abordar, então, diversas situações de saúde, sociais [...] Com a pandemia, eu acho que o que mais vi, que ficou um pouco complicado pra alguns casos que tavam mais compensados, assim, foi a questão da, da, enfim, não podia ter grupos, né? 3E1

A pandemia de covid-19 trouxe repercussões importantes para os indivíduos e coletividades.

Estimativas apontam que por volta de um terço, ou metade da população mundial apresentou algum tipo de sofrimento psíquico associado ao contexto de pandemia de covid-19 (FIOCRUZ, 2020; Pereira *et al.*, 2020). Na China, em pesquisa nacional on-line observou-se que no período inicial da doença, quase 54% dos participantes (N total = 1210) classificaram o impacto psicológico da pandemia como moderado a grave, quase 29% relataram sintomas graves a moderados de ansiedade e quase 17% referiram sintomas moderados a grave de depressão (Wang *et al.*, 2020). A gravidade da sintomatologia pode estar associada a diversos fatores como estado de vulnerabilidade social - desemprego, tempo e restrições relacionadas ao isolamento e afetividade de ações governamentais para controle da doença (FIOCRUZ, 2020), o que no contexto brasileiro de crise político-institucional, com divergências nas orientações de fontes oficiais aumentou a ansiedade e insegurança da população (Nabuco; Pires de Oliveira; Afonso, 2020).

Além disso percebe-se que o sentimento de incerteza, medo pelo futuro, excesso de informações, nem sempre confiáveis, e privações/restrições impostas pelo isolamento social se mostraram catalizadores para o desenvolvimento de ansiedade, estresse e

depressão em pessoas sem PSM, bem como para o agravamento dos sintomas daquelas pessoas com transtornos mentais pré-existentes (Nabuco; Pires de Oliveira; Afonso, 2020; Pereira *et al.*, 2020; Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020). Desse modo, “a morbidade secundária ao comprometimento na saúde mental tende a superar a morbidade relacionada diretamente à infecção”, sendo os PSM uma epidemia paralela à pandemia de covid-19, capazes de durarem mais tempo, terem maior prevalência, e gerarem maiores impactos psicossociais e econômicos do que a própria epidemia, considerando sua ressonância em diferentes contextos (Nabuco; Pires de Oliveira; Afonso, 2020, p. 3; Ornell *et al.*, 2020).

Além das repercussões relacionadas à SM, os serviços de saúde também tiveram que passar por reestruturações para atender a demanda da pandemia de Covid-19, necessitando descontinuar serviços que até então estavam sendo ofertados.

Na pandemia mesmo agora parou tudo, então isso piorou mais ainda, né? 3M5

A gente sabe que chegamos no momento de uma pandemia, que muitas coisas da rede também aconteciam e deixaram de acontecer, de contato, treinamento, capacitações, enfim né... 2E3

E teve uma época da pandemia que não tavam tendo essas reuniões da equipe interna, né? E é, é gritante a diferença, né, de quando a gente volta a ter, realmente dá pra alinhar melhor e fazer essa, a gestão da equipe 1M4

Com a história do COVID [...] todo mundo em Florianópolis teve que dividir agenda em revezamento do, no sintomático respiratório. Então isso tirou uma parte da nossa agenda que era disponível pra fazer outras atividades, a gente dobrou porque a gente tem, tem que atender a demanda comum e a demanda da pandemia, né? Então, normalmente, as pessoas têm dois ou mais turnos atendendo sintomático respiratório, eu tenho um por conta das 30 horas, então isso dificultou bastante as atividades fora do ambulatório 2M1

Os sistemas de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, de forma imperativa, precisaram se readequar às demandas e limitações impostas pela pandemia, para a continuidade das ações em saúde e seu alinhamento com as diretrizes sanitárias e medidas mais rígidas de biossegurança, buscando a oferta qualificada de cuidado e assistência (Mattoso; Teixeira; Almeida, 2022; Nabuco; Pires de Oliveira; Afonso, 2020; Quirino *et al.*, 2020).

No campo da APS, amparadas nas recomendações do Ministério da Saúde sobre manejo clínico do covid-19 na APS (Brasil, 2020b) observou-se mudanças no processo

de trabalho e fluxos de atendimento, com uma dupla tendência: 1) “criação temporária de equipes, fluxos e/ou rotinas específicas para o atendimento de sintomáticos respiratórios”; e 2) “priorização da oferta clínico-assistencial, com conseqüente diminuição da abordagem preventiva e de promoção da saúde” (Mattoso; Teixeira; Almeida, 2022; Quirino *et al.*, 2020, p. 177).

Nesse contexto, subvertendo a atuação comunitária e territorial das equipes da APS, os profissionais de saúde precisaram ficar restritos às dependências físicas das unidades, com atuação mais específica em relação ao diagnóstico, manejo clínico e monitoramento dos casos sintomáticos respiratórios, o que apresentou impactos importantes nos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes (Quirino *et al.*, 2020).

Trouxe a suspensão de atividades como reuniões de equipe, que auxiliavam na discussão e planejamento das ações, fortalecendo os vínculos entre os profissionais, bem como precipitou o aumento da demanda reprimida, a sobrecarga de trabalho para as equipes, e conseqüente sofrimento psíquico aos profissionais de saúde da linha de frente, os quais aparecem como grupo de risco para o desenvolvimento de PSM em contexto pandêmico (Bezerra *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2020; Quirino *et al.*, 2020)

Apesar dos desafios enfrentados, a APS demonstrou ser uma rede protetora para a segurança e a qualidade do cuidado, tendo papel fundamental no enfrentamento da covid-19, colaborando estrategicamente junto aos demais níveis de atenção para a redução dos riscos de transmissão da doença, a partir do diagnóstico precoce, do acompanhamento e monitoramento individual e familiar dos usuários (Quirino *et al.*, 2020).

### Formação

A formação profissional foi um tema extensivamente discutido pelos participantes dos grupos. Eles apontam a formação como um nó crítico que precisa ser revisitado, transformado e qualificado.

Bem, eu acho que algo que já é, né, de, de muito antes do agora é a nossa formação, né? A formação médica, a gente, é, leva a saúde mental como realmente uma, uma coisa, né? Assim como se separa todos os sistemas, cada um na sua especialidade, saúde mental tá a cargo da psiquiatria apenas e de, de uma forma bem hospitalocêntrica, né? Medicalizadora... E as soluções sempre encontradas em psicofármacos, né? Sim, chamam, são checklists e psicofármacos, basicamente. Então a gente tem essa, essa lacuna já da graduação. E, e aí com isso a gente não se instrumentaliza bem pra lidar com,

com a vida real ali da Atenção Primária, que é cheia de questões que envolvem saúde mental o tempo inteiro. 1M4

Sobre a questão do perfil de formação, que eu entendo que seria um nó importante. [...] a formação é muito centrada no diagnóstico, como eu faço esse diagnóstico e o que que eu faço de intervenção e que as intervenções que são ensinadas geralmente são intervenções medicamentosas. 1M2

é o problema da formação profissional, né? Então eu acho que essa questão de discussão sobre abordagem de Saúde Mental de uma forma mais ampla, fugindo dessa questão de, é, doença, né? De, de tentar encaixar as pessoas em caixinhas e trazendo essa discussão, ahn, mais criteriosa sobre o real impacto de usar o psicotrópico, da real efetividade desses medicamentos na prática clínica, acho que isso é importante que venha desde a graduação pra gente ter esse olhar de ampliar pra outras abordagens que não só medicalizantes, né? 3M5

Os participantes acima problematizam a formação e o ensino no campo da SM, o qual normalmente é baseado num modelo hospitalocêntrico, médico e farmacocentrado, e refletem sobre a necessidade de ampliar o olhar para novas abordagens.

Problematizar a formação significa problematizar os modos de cuidado à saúde que vem sendo desenvolvidos pelos profissionais nos serviços. Desse modo, o processo de formação deve estar articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre teoria e prática, estimulando assim os profissionais de saúde a desenvolverem um olhar crítico-reflexivo que possibilite a transformação e o aperfeiçoamento de suas práticas (Chirelli; Mishima, 2003; Rodrigues, 2017; Villardi; Cyrino; Barbel, 2015)

Nesse sentido, autores como Ceccim e Carvalho (2006) e Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam que o ensino no campo da saúde por muito tempo apresentou uma pedagogia que separava formação e trabalho, com o predomínio de uma orientação pela doença e pela reabilitação, o que contribuiu para a formação de um grande número de profissionais distantes da realidade do SUS. Esses autores afirmam ainda que a formação voltada para o campo da saúde deve visar à transformação das práticas profissionais através da problematização do processo de trabalho englobando “aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e o conhecimento adequado do SUS” (Brasil, 2003, p. 3).

Nesse ínterim, a partir do movimento da reforma sanitária, os debates sobre a formação dos profissionais de saúde vêm ocupando um espaço importante na agenda de discussões das políticas de saúde e educação, as quais são formuladas com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população. Isso porque, tendo em vista

o compromisso e a responsabilidade do SUS pelo ordenamento da formação de seus trabalhadores, entende-se que os processos de formação podem se apresentar como uma importante ferramenta de capilarização de suas diretrizes ético-políticas (Brasil, 1988, 1990, 2007; Casanova; Alves Batista; Ruiz-Moreno, 2015; Passos; Carvalho, 2015).

Dessa forma, nas últimas décadas, uma série de medidas governamentais foram desenvolvidas para o fortalecimento deste sistema, ressaltando a APS como ponto primordial de reorganização da prática em saúde e de substituição do modelo tradicional de assistência prestada à população (Domingos, 2012). Esse modelo, centrado na lógica individual, curativista, hospitalecêntrica e especializada, caracterizado pela fragmentação do conhecimento e pela divisão do trabalho intelectual (Gomes, 1997) não contempla a complexidade do processo saúde e doença e demonstra que novas estratégias de cuidado/atenção à saúde precisam ser desenvolvidas.

Partindo desse modelo médico e farmacocentrado, outros participantes também apontam para as fragilidades associadas à formação.

eu também vejo o déficit na formação pra lidar com o sofrimento mental comum, que é o que a gente vê todos os dias, né? 1M5

Devido a isso, assim, eu vejo grande dificuldade de alguns profissionais na parte de Formação realmente da própria graduação 2P3

A gente pega pessoal que vem da graduação e eles têm muita dificuldade quando eles vêm pra parte lá do início, de atender as pessoas, de lidar com casos de saúde mental, de saber como abordar e isso não para na formação. 3M5

1M5, 2P3 e 3M5 apontam para dificuldades dos profissionais de lidarem com os casos de SM na APS, associados a problemas na formação, especialmente na graduação, mas não só nela.

A forma de estruturação do processo educacional, que é permeado por forças, interesses e ideologias, pode ser determinante para a construção da identidade profissional dos profissionais de saúde e impactar sua prática assistencial futuramente. Desse modo discutir a formação a partir das matrizes curriculares e das práticas de ensino dos cursos de graduação é importante, no que tange a qualificação do cuidado a ser ofertado (Carneiro; Porto, 2014).

Algumas pesquisas têm se dedicado a investigar os desafios em relação a inserção da SM na formação durante a graduação de profissionais de saúde (Cardoso Villela; Maftum; Paes, 2013; Carneiro; Porto, 2014; Nóbrega *et al.*, 2020; Pereira; Andrade, 2018; Silva *et al.*, 2013; Vargas *et al.*, 2018).

A pesquisa de Carneiro e Porto (2014), buscando identificar a inserção do tema SM nos cursos de enfermagem, medicina, psicologia, terapia ocupacional e serviço social, identificou que a maior carga horária das disciplinas de SM ocorreu no curso de Psicologia, com cerca de 5,8% do total do curso, e a menor carga horária foi no curso de medicina, correspondendo apenas a 1,2% da carga horária total do mesmo. Isso, parece ser corroborado por Pereira e Andrade (2018) que apontam para a necessidade de aprimoramento da formação em SM na graduação médica, tendo em vista que a carga horária vinculada à SM é insatisfatória.

Da mesma forma, em relação à enfermagem, considerando o total de cursos cadastrados pelo Ministério da Educação no ano de 2014 que tinham sua matriz curricular disponibilizada online (72%), observou-se que “47,2% apresentavam ao menos uma disciplina na área, com média de 96 horas nas instituições privadas e 142 horas nas públicas, perfazendo 2,4% e 3,5% da carga horária total do curso, respectivamente” (Vargas *et al.*, 2018, p. 1). Nesse sentido, os autores sinalizam que considerando instituições públicas e privadas, a média nacional de carga horária de disciplinas de SM foi de 104,6 horas/aula, menor que outros países da América Latina (177 horas).

A desproporção entre a carga horária e o total de horas dos cursos parece demonstrar o lugar que o tema SM neles ocupa (Carneiro; Porto, 2014). Entretanto apenas aumentar a carga horária sem um alinhamento conceitual não será suficiente para a mudança na formação dos profissionais, que vem sendo desenvolvida de forma predominantemente teórica “sem oferta de estágios práticos com supervisão adequada, com predomínio do modelo biomédico, centrada no atendimento hospitalar, desconsiderando os aspectos psicossociais e comunitários” (Pereira; Andrade, 2018, p. 480).

A superficialidade com que o tema da SM é abordado na graduação também é apontado por Silva (2013). Para o autor, o ensino vem sendo realizado de maneira isolada, sem a devida aproximação com serviços substitutivos de base territorial durante as aulas

práticas ou estágios curriculares, não preparando os profissionais para uma atuação intersetorial e interdisciplinar.

Além disso, há também o predomínio do uso de metodologia de ensino aprendizagem tradicional (aula expositiva, seminário, discussão de casos) em 73% das disciplinas (Carneiro; Porto, 2014), em detrimento do uso de metodologias ativas de ensino, que por meio de ambientes de aprendizagem significativa, podem se apresentar como um caminho viável e promissor para o ensino da SM durante a graduação (Villela; Maftum; Paes, 2013).

Eu acabei de sair, acabei de sair da faculdade, foi em 2019. E a gente na faculdade, a gente não tem nenhuma formação praticamente em Saúde Mental, nenhuma, então tudo que eu sei hoje foi por conta da Residência. Então, acredito que sim, quem não tem residência samba muito. 3M4

Eu acho que é uma outra questão, essa da questão da, da graduação, ela é bem importante que eu acho que eu vejo que a gente fica num ciclo assim. A gente, é, enfim, tem pessoas que, né, enfim, inclusive quem não teve, teve Residência e tudo mais, ahn, formou, tá na prática, tá lidando com a saúde mental e a gente não tem uma educação continuada também, né? Então pra, enfim, pra continuar se, se, se discutindo os casos e tudo mais e tendo uma educação continuada pra ajudar a lidar porque também não tem uma, mais uma rede forte de saúde mental. 3E1

3E1 aponta que não existe um processo de educação continuada para ajudar a lidar com as demandas de SM, inclusive para quem não teve oportunidade de fazer a residência, o que também é reforçado por 3M4 que acredita que seu conhecimento em SM se deu em função da residência e que quem não passou por essa experiência formativa tem maiores dificuldades no manejo dos casos de SM.

Conforme apontado pelas participantes, as Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) podem se constituir em espaços privilegiados de formação, com potencialidades diversas, propondo um caminho que busca integrar conhecimento e ação, através da valorização de diversos saberes, tendo como objetivo principal qualificar profissionais da saúde, de preferência recém-formados, para o mercado de trabalho, principalmente para atuação no SUS (Brasil, 2006, 2012b).

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) especificamente, têm como locus de atividades o cenário da APS e podem contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que se propõe a formar um novo perfil de profissional de saúde: humanizado, crítico e preparado para responder às necessidades de saúde dos usuários e da comunidade. Assim, podem contribuir também para a

construção de novos paradigmas assistenciais, ampliando a resolutividade da APS (Brasil, 2006; Santos; Batista; Devincenzi, 2015).

Além disso, as RMS devem ser orientadas por estratégias pedagógicas que se utilizam de diferentes cenários de aprendizagem, adotando metodologias da clínica ampliada, de modo a assegurar uma formação multi e interdisciplinar, fundamentada na atenção integral à saúde, através da articulação de saberes e práticas que possibilitam construir competências compartilhadas (Brasil, 2012b; Rodrigues, 2017; Silva, 2018).

Nesse ínterim, Mendes (2013) coloca que a partir da necessidade de reformulação da formação de recursos humanos para o SUS, que deve ser direcionada para a promoção da saúde, com ênfase na integralidade e intersetorialidade, além de ser comprometida com a gestão democrática e interdisciplinaridade, as RMS podem estimular uma reflexão sobre a execução das políticas públicas de saúde, contribuindo para a desconstrução de relações institucionais verticalizadas e naturalizadas comuns no contexto da saúde, por meio da vivência intensiva nos serviços e de um eixo integrador entre diferentes categorias profissionais (Silva, 2018).

Assim, as RMS apresentam-se como uma modalidade de ensino em serviço, e consideram que o residente enquanto profissional em formação deve dispor de momentos para a reflexão sobre suas práticas, “na busca da produção de ações com sentido e iniciativas propulsoras de mudanças, pautadas pelo compromisso ético, pela autonomia e pela criatividade” (Rodrigues et al., 2016, p. 2).

Considerando a importância da produção de ações com sentido, 1E3 também compartilha sua opinião de que é necessário ser crítico em relação ao modelo de SM que se defende, e que essas reflexões são possíveis em alguns espaços de formação, como na sua graduação por exemplo, diferentemente da realidade vivenciada por outros participantes.

eu acho que antes de eu conseguir seguir o fluxo, antes de eu conseguir seguir um protocolo, eu vou ter que ser crítico a ele com essa discussão anterior de, do que que eu tô esperando de saúde mental, do que eu tô esperando de, do que que eu tenho de conceito formado, do que que eu tenho de imaginário sobre isso, o que que tá sendo trabalhado, o que que eu tenho de imaginário dessa reforma psiquiátrica, que que ela é, como que que ela tá se estruturando, realmente o que que tá acontecendo. Então essa é uma discussão que eu acho que eu tive bastante agora, mas isso eu tô falando da minha formação acadêmica também. [...] aí eu tô falando enquanto o 1E3, formado aqui na, na UFSC, nesse contexto, nessa realidade, em uma universidade pública

Ainda sobre o processo de formação, 1M4 coloca que é imprescindível continuar estudando, e que essa instrumentalização em relação aos casos de SM passa pela educação em saúde.

acho que é, é imprescindível que a gente esteja sempre estudando e nos preocupando, olhando pra essa área que, né? E nos, e querer, né? Tanto nos instrumentalizando pra lidar com isso, quanto cuidando em relação à prevenção quaternária pra gente não gerar mais dano do que, né, ajudando. Então cadê a educação em saúde ali já na Atenção Primária? Acho que essa instrumentalização dos profissionais também tem que passar por aí, né? De como que a gente vai fazer essa educação em saúde, 1M4

falou-se, né, de treinamento das pessoas, acho que questões de educação permanente voltadas tanto pra instrumentalizar, né, a questão da abordagem em saúde mental, como mesmo pra questão trabalho em equipe, né? 3M5

eu acho que falta um treinamento, tanto do nível médio enquanto de outros colegas de nível superior, é, de como fazer uma primeira abordagem com as situações de sofrimento, sabe? É... De conseguir receber e acolher bem essas situações, né? 3M2

Um ponto do que você teria minimamente governabilidade de avançar seria a questão de fazer as formações, né? [...] Acredito que é algo muito, muito frágil ainda no Brasil e com um potencial de crescimento gigante que pode minimizar prescrições desnecessárias e, principalmente, conseguir acolher sofrimento e amenizar sofrimento, né? 1M2

Os participantes acima também abordam a questão da formação, trazendo a importância do treinamento dos profissionais para poder acolher as situações de SM de maneira efetiva e validam a potência da formação para amenizar sofrimentos e diminuir a prescrição desnecessárias.

Sobre esse aspecto, diversas iniciativas vêm sendo desenvolvidas e apresentadas no contexto internacional como estratégias importantes na instrumentalização de profissionais da APS para detecção, tratamento e prevenção de PSM, a partir de orientações, treinamentos e supervisões. Essas iniciativas de cuidado compartilhado e colaborativo, bem como compartilhamento de tarefas, apresentadas no capítulo 3.5.4 e 3.5.5 apresentam-se como congêneres da proposta brasileira de apoio matricial, e reforçam as falas dos participantes quanto a relevância de treinamentos para melhor manejo dos PSM na APS.

O trabalho e a articulação em rede foi uma problemática importante apontada pelos participantes, que discorrem sobre as fragilidades na estruturação da rede, o que prejudica o desenvolvimento pleno das atividades de cuidado em SM mental na APS.

a estruturação de rede de apoio, da rede em Saúde Mental no geral ela é bastante frágil né, muitas vezes deixa a gente na mão, e acho que isso é um nó crítico que motiva né a gente a discutir o assunto e tentar melhorar, tentar pensar em soluções... 2M1

Então, eu acho que essa rede também de suporte social que a gente precisa, ela também é muito fragmentada, é muito, é, pobre ainda, é muito insipiente, né? Então, essa coisa de ter um estado de bem estar social que dê esse, esse provisionamento como suporte nos casos de saúde mental ainda também é muito frágil. 3M2

Mas essa Atenção Primária, ela precisa ter suporte dessas outras estruturas pra que ela possa fazer um trabalho com, com mais excelência, pra que eu possa realmente dar conta de uma Atenção Primária e não de uma UPA, que essa é uma das coisas a nível macro, né? 1E3

Porque a gente depende de uma estratégia de saúde da família funcionando enquanto estratégia pra gente funcionar enquanto NASF. Quanto mais a saúde da família for pronto atendimento, mais ambulatório especializado o NASF vai ser. 1P1

2M1 discorre sobre a fragilidade da estruturação da rede de apoio, apontando isso como um nó crítico e incentivo para pensar novas soluções. Da mesma forma, 3M2 relata que a mesma é fragmentada e insipiente. Já 1E3 sugere que a APS precisa do suporte de outras estruturas para poder fazer um trabalho com excelência e não trabalhar apenas como UPA, o que também é corroborado pela 1P1 que aponta que é necessário que a ESF funcione como tal, para que o NASF funcione como NASF e não como ambulatório especializado.

Diferentemente da UPA que trabalha com casos pontuais numa espécie de pronto atendimento, a função da APS é prestar um serviço longitudinal aos usuários. Isso é reforçado por 1M4 que acredita que se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) funcionasse como deveria, podendo contar com outros dispositivos que se mostrassem necessários, o trabalho conseguiria ser realizado de maneira mais efetiva. Destaca-se que a estruturação da RAPS, seus dispositivos e a importância da APS nesse cenário já foram abordadas no referencial teórico da tese, e por isso não serão novamente discutidas aqui.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, os participantes abaixo descrevem como se dão os fluxos em SM na cidade de Florianópolis, demonstrando que os mesmos são indefinidos especialmente frente a situações de crise. 2E5 aponta que Florianópolis é uma das capitais que não tem um caps 3, e 3M5 comenta sobre a dificuldade dos hospitais

gerais assumirem esses casos, elucidando que o problema nos fluxos vai desde qual serviço fará o transporte até qual vai atender a situação, reforçando que seria importante uma estrutura que pudesse evitar a internação. 3E1 sinaliza a importância da definição dos fluxos.

Então existe sim uma barreira que é política e eu concordo plenamente contigo, né? Porque é isso, os profissionais estão adoecendo, sim, porque eles trabalham com, com uma equipe em um tamanho muito maior do que deveriam, com uma, uma RAPS que não está bem funcionando como deveria, né? [...] Com uma equipe, com uma RAPS que funcionasse e, aí sim, as consultas de vinte minutos com acesso avançado, né? Longitudinalidade. A coisa iria fluir melhor, porque, com vinte minutos, eu sendo, é, profissional da medicina conseguiria fazer o que me cabe ali, que às vezes não é a terapia, com certeza não, né? Mas umas intervenções breves que vão surtir algum efeito naquela pessoa naquele momento, sendo que eu posso contar com a rede pra todo o restante. 1M4

Acho que tem a questão da falta de serviços da RAPS, rede de atenção psicossocial. Acho que é uma das capitais que não tem Caps 3 pra gente pensar nas crises e nas internações breves, acho que é um dificultador 2E5

Mas, quando precisa, que você não tem o suporte, quando não, não tem jeito mesmo, é, a gente tem uma escassez-, assim, além do fluxo de quem leva, né, porque tem essa coisa, SAMU às vezes não quer levar, né, pacientes, pessoas ditas psiquiátricas, e, e, e aí, você também não tem grandes opções, né? Porque você, do ponto de vista público, você tem o Instituto de Psiquiatria que não é nem um pouco próximo, né? Se a gente for pensar. E os Hospitais Gerais não assumem, às vezes, esse tipo de situação também, então você também tem uma dificuldade até de conseguir, eventualmente, esse serviço que vai dar atendimento quando você precisa encaminhar... Então, a dificuldade vai desde quem faz o transporte até que serviço vai atender, porque a gente também não tem uma, né, uma oferta. Claro que não precisa, a gente dentro do possível deveria ter uma estrutura pra evitar internação, mas em alguns casos acaba sendo necessário, não tem como fugir disso, né? E aí é difícil essa, essa, essa coisa, né? 3M5

Fluxos mais definidos, né, pras, pra questões de crise em saúde mental também que a algo que a gente discutiu na, na semana passada e, enfim, fluxos mais definidos, né, organizados... Pra... Onde acessar, quem acessar, como ter esse aporte, né? Suporte, na verdade. 3E1

Conforme abordado pelos participantes, ainda é necessário um aprimoramento frente as demandas críticas de SM, com melhor definição dos fluxos e formas de encaminhamento aos serviços especializados. Para isso, é imprescindível a realização da classificação de risco em termos de SM, pois subsidiaria o acolhimento, a identificação dos casos, o encaminhamento necessário e posterior acompanhamento do usuário nos diferentes pontos de atenção da RAPS (Weintraub, 2022).

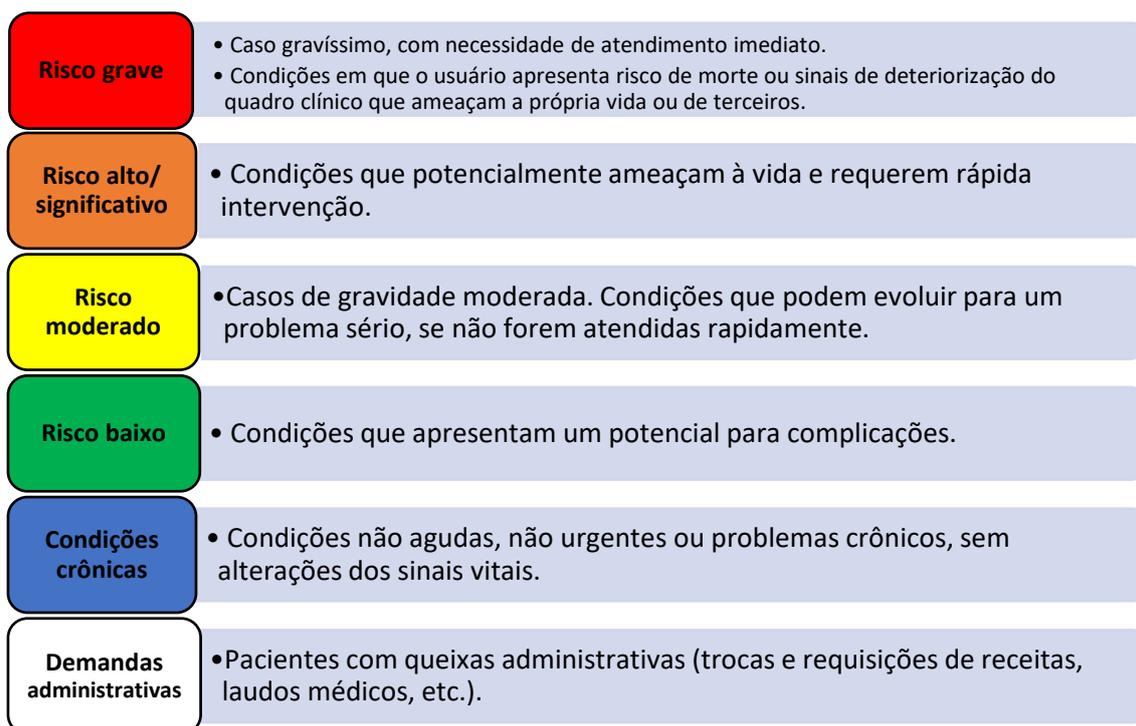
A classificação de risco, realizada a partir da escuta qualificada, diz respeito ao ordenamento e priorização dos casos atendidos em demanda espontânea, a partir da “avaliação do potencial de risco, da gravidade clínica e do grau de sofrimento dos

usuários” (Weintraub, 2022, p. 10). Deve ser um processo dialógico e singular, que considere para além dos sinais e sintomas, o contexto familiar e os fatores de proteção e de risco aos quais os usuários estão expostos, na determinação do risco/gravidade do caso (Leppaus *et al.*, 2018; Weintraub, 2022).

Para efetivação e aplicação da classificação de risco em SM é necessário o estabelecimento de um protocolo específico para tal. O presente protocolo, baseado no Protocolo de Manchester e nos protocolos de de Leppaus *et al.* (2018) e Weintraub (2022), se propõe a realizar uma gestão do risco clínico, buscando elencar prioridades para o atendimento dos usuários que acessam os serviços de saúde, sendo dessa maneira “uma ferramenta de apoio à decisão clínica na regulação do acesso aos pontos de atenção da RAPS para os casos agudos” (Leppaus *et al.*, 2018, p. 5).

Assim, o presente protocolo foi categorizado por cores, dos casos mais graves aos casos mais leves, conforme figura a seguir:

Figura 2: Protocolo de classificação de risco em SM.



Construído pelos pesquisadores, baseado nos protocolos de Leppaus *et al.* (2018) e Weintraub (2022).

De acordo com Leppaus *et al.* (2018), recomenda-se que os casos de risco moderado, baixo risco, condições crônicas e demandas administrativas sejam encaminhados e acompanhados pelos serviços territoriais de origem dos pacientes, como

unidades básicas de saúde e/ou estratégia de saúde da família, ambulatório de SM, CAPS entre outros dispositivos.

Já nos casos onde as possibilidades de tratamento extra-hospitalar foram esgotadas, se faz necessário pactuação entre os gestores locais para definição dos fluxos assistenciais, pois conforme salientado por Weintraub (2022), qualquer proposta de identificação, acolhimento e acompanhamento precisa ser precisa ser pactuada com a rede local como um todo.

Desse modo, no contexto de Florianópolis, observa-se que os fluxos parecem estar estabelecidos, porém não se evidencia maior detalhamento de como esses fluxos devem ser realizados no cotidiano dos serviços. Documento intitulado: “Protocolo de atenção em saúde mental” (Bittencourt, 2010), descreve a estruturação da RAPS do município, apontando que em 2010 haviam cerca de 100 equipes de SF, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 85% da população. O município contava ainda com sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos entre os cinco Distritos Sanitários, os quais apresentavam profissionais de SM como psiquiatras e psicólogos que atuavam de forma generalista com todos os públicos e faixas etárias.

De acordo com o documento técnico, a discussão de casos, projetos terapêuticos e fluxos entre os serviços de SM são discutidos entre as equipes da ESF, do NASF, e do CAPS, de forma transversal, através das reuniões mensais distritais de saúde mental. Além disso, o município dispunha de quatro CAPS: um adulto, um infantil e dois para indivíduos com problemas com álcool e outras drogas (ad), indicados para o tratamento dos “casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, ou ainda que ultrapassem as possibilidades de intervenção da ESF e NASF” (Bittencourt, 2010, p. 19).

Nos casos graves de SM, que necessitem de internação psiquiátrica, o município contava com o Instituto de Psiquiatria (IPQ / Colônia Santana) em São José e com o Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos (CECRED) no Hospital Santa Teresa em São Pedro de Alcântara/SC. Até o ano de 2010 o município não dispunha de leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais, na contramão dos pressupostos da RP.

Até o momento, não foi identificada nova edição do protocolo, ou mudança nos fluxos assistenciais, o que parece demonstrar a necessidade de mudanças e ampliação das

possibilidades terapêuticas e serviços especializados, para maior qualificação da assistência, resolutividade das ações e respaldo técnico aos profissionais da rede.

Nesse sentido, considerando os atributos desejáveis da rede e que possibilitariam ela ser uma rede resolutiva, os participantes 2M1 e 2E6 colocam:

Além de toda essa rede que se converse todos os níveis de Atenção, né? Desde do, desde do preventivo ao quaternário, vamos dizer assim, né? 2E6

Então, seria uma rede de cuidado integrada, que se conversava, enfim, com possibilidade de conversa entre pares, com possibilidade de troca de experiência, enfim, né? Essa é, mais ou menos, a estrutura do cuidado em saúde mental que eu penso. 2M1

2M1 elenca também 3 pontos para pensar numa rede fortalecida e resolutiva no campo da SM partindo do ponto de vista dos profissionais. Aponta para o nível do conhecimento e da experiência; para a possibilidade de troca com outros profissionais e para o encaminhamento dos casos.

Então eu colocaria esses 3 níveis para iniciar o debate. Que é o nível do conhecimento e da experiência, o segundo nível da possibilidade de troca de informações com profissionais mais experientes né, que você tem uma dificuldade se você não tem outro profissional, seja o médico de família, ou enfermeiro, ou um psiquiatra, ou um psicólogo que você possa discutir no teu ambiente de trabalho você não tem essa troca. E o terceiro é o encaminhamento, que você não consegue acesso, o acesso ele é burocratizado da equipe. 2M1

Nesse sentido, outro ponto apontado pelos participantes é a dificuldade de referência e contrarreferência.

Acho que existe uma falha também muito grande hoje na comunicação entre os setores de saúde, né? Então, por exemplo, que que é o IPQ, né? O IPQ é uma coisa que vários pacientes vão pra lá, a gente não sabe absolutamente nada do que acontece lá. Não existe uma comunicação. Com os CAPS, ainda existe em registro de prontuário, mas, ainda assim, muito pobre essa via que a gente se comunica, né? Então essa barreira ali, realmente o usuário, ele vai ficar ali no serviço pipocando porque a gente não sabe exatamente o que acontece em um serviço ou em outro. 1M4

tem um CS que eu faço o matriciamento via e-mail com eles, assim, foi a única maneira que deu certo. E eu comecei a fazer devolutivas dos usuários que eu recebia pra eles e eu não recebia nenhum tipo de, de contrarreferência também, sabe? E aquilo ali começou a me chatear, tipo, poxa, eu tô me dedicando tanto aqui, escrevendo e-mail, evoluindo, enfim, pra ver se tinha um fluxo e eu não recebia nada deles... 2P3

2M1 relata que o acesso aos profissionais é burocratizado, o que também é trazido por 1M4 e 2P3. 1M4 coloca sobre a dificuldade de comunicação com outros dispositivos

da RAPS, e que isso pode ser prejudicial aos pacientes. 2P3 por sua vez conta sobre a uma experiência relacionada ao matriciamento, onde buscava fazer devolutivas aos colegas que haviam lhe encaminhado pacientes, porém não recebia nenhuma em contrapartida. Esses relatos apontam para as dificuldades de comunicação e para a necessidade de potencializá-las a fim de qualificar o cuidado ofertado.

Nesse sentido, buscando a melhora na comunicação entre os serviços, observa-se que a lógica de referência e contrarreferência vem sendo progressivamente substituída pela lógica do encaminhamento implicado nas diretrizes e manuais técnicos do SUS (Brasil, 2013a; Leppaus *et al.*, 2018). Por encaminhamento implicado entende-se que o profissional que realiza o encaminhamento seja corresponsável e participe de forma mais ativa no processo junto ao serviço em que a situação/caso foi encaminhado, discutindo e acompanhando o mesmo. Ou seja, “de maneira corresponsável, cada um dos serviços, trabalhadores e demais envolvidos operam em parceria, discutem e pactuam as direções a seguir, avaliam os efeitos das estratégias e, desta forma, constroem uma rede de suporte para cada situação ou caso específico” (Brasil, 2013a, p. 105).

#### *Gestão de pessoas e processos*

Um trabalho em equipe que seja de compartilhamento, de coesão, de divisão de responsabilidades, ahn, que eu não vejo isso. E isso sempre me traz à tona a falta que eu sinto de uma coordenação técnica dos Centros de Saúde e das equipes, né? Ahn, é, acho que falta um trabalho de gestão de pessoas que, que a coordenação do Centro de Saúde assuma esse lugar de gestão de pessoas e de direcionamento técnico do processo de trabalho, né? Que, é, infelizmente é uma utopia, mas é algo tão simples de se fazer, né? Porque isso é tecnologia leve, é recurso humano, com quem já tá lá no Centro de Saúde, mas é a coordenação assumindo esse lugar de direção técnica do processo, que eu não vejo. Já passei por todos os distritos e não vejo uma coordenação nesse sentido, é muito burocrática e aí as equipes ficam muito soltas, né? Soltas não só na direção técnica, mas no relacionamento interpessoal das equipes. E a gente trabalha em equipe. E uma Atenção Primária forte, pra mim, ahn, tem a ver com um trabalho de equipe coeso e consolidado, né? E isso tudo tem a ver com saúde mental, né, com uma boa prática em saúde mental.

1P1

A fala de 1P1 aponta para uma realidade aparentemente ainda distante na APS de Florianópolis, porém possível de ser efetuada, que está relacionada com a coordenação técnica dos centros de saúde e com a gestão de pessoas, o que para ela estaria associado com uma boa prática de SM. 1P1 aponta que as equipes ainda ficam soltas e a coordenação acaba sendo mais burocrática e não abrangendo aspectos de direcionamento técnico e interpessoal.

Nesse sentido, nesta categoria serão apresentados alguns desafios relacionados à coordenação e gestão das pessoas e processos.

#### Excesso de demanda assistencial e sobrecarga de trabalho

O excesso de demanda e conseqüente sobrecarga de trabalho, também apontadas como problemáticas vivenciadas no cotidiano da assistência na APS por outros estudos (Cirino *et al.*, 2020; Gama *et al.*, 2021; Soratto *et al.*, 2017) apareceram como dificuldades importantes para a qualificação do cuidado e para maior oferta de boas práticas em SM na APS.

A APS, apresenta uma alta demanda de atendimentos a serem realizados rotineiramente (Brasil, 2015). Estima-se que mais de 20% de uma determinada população necessitará de atendimento em unidade de cuidados primários no período de 30 dias (Green *et al.*, 2001). Considerando a capacidade média de 500 atendimentos médicos por mês, estudo conduzido na Inglaterra (White; Willians; Greenberg, 1961) determinou um máximo de 2.000 usuários a serem referenciados para cada equipe de saúde da APS. Essa métrica também foi observada e mantida em outros países europeus (Tesser; Norman, 2014a), muito abaixo do observado no Brasil, onde cada equipe de saúde pode ser responsável por até 3.500 pessoas (Brasil, 2017a). O excesso de usuários cadastrados impacta e dificulta a oferta de serviços e implica na ampliação da cobertura assistencial a partir de melhor dimensionamento e implantação de novas equipes (Chávez; Rennó; Viegas, 2020).

Além disso, conforme estudo conduzido na APS de Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2) (Gusso, 2009), a demanda da APS no período analisado se concentrava em atendimentos de situações crônicas (82%), estando as perturbações depressivas entre as enfermidades mais frequentes, o que parece se manter, mesmo após mais de 10 anos de publicação do respectivo estudo.

o SUS ele foi estruturado baseado na equipe de saúde da família né, e cada vez mais a gente vê, como a gente é porta de entrada, então a gente vê absorvendo cada vez mais demandas assistenciais né, entre elas as de saúde mental. 2E6

É, eu, eu brinco que na Atenção Primária, na formação em medicina de família, a gente, e eu acho que o enfermeiro também, a gente tem que virar especialista em fila,

né? Porque a gente tem uma demanda que, em grande parte das vezes, é maior que a nossa capacidade real... 1M2

então isso é uma das coisas, a questão da sobrecarga, de você ter um volume muito grande de coisas para fazer, e aí você acaba tendo que atender a questão da saúde mental, onde como eu falei, ela aparece em quase todos os níveis, mesmo os pacientes que hoje vêm com múltiplas demandas, ou uma demanda mais orgânicas, mais física, acaba aparecendo muitas vezes sérios problemas de saúde mental, que estão envolvidos tanto num quadro mais agudo como às vezes até na própria Gênese de uma situação mais crônica e a gente acaba tendo que lidar com isso nessa correria toda. 2M7

Da mesma forma que os participantes acima colocam, 2P3 e 1E3 também sinalizam para a repercussão da sobrecarga de trabalho e a dificuldade de conseguir proporcionar uma escuta qualificada.

Mas o que eu observo mais de imediato realmente, assim, é uma sobrecarga de demanda muito grande. [...] ... do processo de trabalho das equipes é uma grande quantidade de demanda pra área médica e da área de enfermagem. Sim, estão sobrecarregados esses profissionais e, às vezes, falta tempo às vezes pra fazer realmente uma escuta qualificada, né? [...] E, e aí, sobrecarrega. 2P3

É, parece que eu tô pegando um paninho e apagando um matinho enquanto a floresta tá pegando fogo, assim. Não dá uma, uma sensação de que correndo atrás de, de nada porque a, a, já é difícil primeiro proporcionar um espaço de escuta adequado praquela pessoa, porque daí tem muita demanda.... é uma, uma infinidade de pessoas, com várias e várias demandas. 1E3

A sobrecarga de trabalho, a complexidade dos PSM e a escassez de recursos frente a volumosa demanda de SM estão associadas à sensação de impotência dos profissionais no momento do acolhimento, exacerbada em contexto de estreitamento de possibilidades de intervenção e encaminhamento de forma adequada (Filho; Nogueira, 2019; Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

A sensação de impotência associada à sobrecarga de trabalho e a falta de retaguarda especializada também é evidenciada no estudo de Gama *et al.* (2021, p. 6), onde um dos participantes coloca que que muitas vezes o cuidado ofertado acaba sendo o de “apagar o fogo”, a partir de alternativas medicamentosas, o que favorece a medicalização social e a reprodução acrítica das práticas e intervenções, sem a adequada “escuta da subjetividade, a análise da inserção social do sujeito e suas potencialidades de transformação”.

Além disso, ainda que não referida explicitamente pelos participantes, a sobrecarga de trabalho também está associada ao desenvolvimento de exaustão emocional

e Síndrome de Burnout (SB) em profissionais da APS, o que pode impactar na qualidade do cuidado ofertado (Fidelis *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2015; Vieira, 2017).

Como proposta, frente à sobrecarga de trabalho, Silva, Vasconcelos e Figueiredo (2018) sugerem a adoção de um ritmo de trabalho condizente com a capacidade resolutive dos profissionais a fim de demonstrar à gestão a necessidade de melhores condições de trabalho e contratação de mais profissionais.

#### Falta de profissionais

a gente vem aí já de um tempo, acho que na Rede do Município com um déficit grande, é, no quadro de, de Saúde Mental, tanto da psicologia, psiquiatria... É... Então isso é um gargalo, é um problema, é, bem, bem complicado. 3M2

a gente não tem psicólogo aqui, o psicólogo atende na Prainha, né? E poucos casos, não faz acompanhamento, a gente não tem assistente social e os CAPS só atendem casos graves, então, que nem sempre é isso, nem sempre é uma coisa extrema. Então fica, a gente fica com poucos, né, recursos pra, pra lidar com essas questões. 1M4

na verdade, a equipe de saúde mental, ou a estrutura de saúde mental deveria ter crescido junto com a equipe de atenção básica. A contratação enfim, 2E6

3M2, 1M4 e 2E6 apontam para a defasagem de profissionais para dar conta da quantidade e complexidade das demandas associadas à SM, especialmente psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. 2E6 defende que as equipes de SM deveriam ter crescido junto com as equipes da APS, com necessidade de contratação de mais profissionais.

Estudos apontam que a baixa disponibilidade de recursos humanos especializados para fornecer ou supervisionar tratamentos, além da falta de treinamento e da má implementação de programas de SM em escala contribuem para uma grande necessidade não atendida de cuidados em SM no mundo todo (Kazdin, 2017; WHO; WONCA, 2009a). Isso se repete também no Brasil, onde a cobertura de profissionais especializados, especialmente psicólogos e psiquiatras, é menor que em outros países de países da América Latina e países de alta renda. No Brasil, ainda que se tenha aumentado a média de profissionais psicólogos e psiquiatras após o período de 4 anos da implantação do Nasf, com aumento de 5,4 psicólogos e 0,3 psiquiatras a cada 100.000 habitantes, ou seja, com aumento de 75,8% e 33% respectivamente em relação à quantidade média profissionais antes da criação do programa, percebe-se que isso representa menos da metade de profissionais disponíveis no Chile e menos do que um quarto no Uruguai (Mrejen; Hone; Rocha, 2022; Mrejen; Rocha, 2021). Além disso, embasados nos dados

da PNS de 2013 (IBGE, 2013) e 2019 (IBGE, 2020-) Mrejen e Rocha (2021) destacam que a lacuna de tratamento no Brasil diminuiu no período analisado, passando de 76,1% de indivíduos que apresentavam sintomas compatíveis com a depressão que não recebiam nenhum tipo de tratamento em 2013, para 71,2% em 2019.

Nesse contexto, a fim de responder à lacuna de tratamento existente, esforços contínuos levaram a execução de ensaios em larga escala, destacando a viabilidade e os bons resultados de intervenções psicológicas, psicossociais, sociais, compartilhamento de tarefas entre outras, mesmo em contextos de recursos escassos e vulnerabilidades. Especialmente em países de baixa e média renda, que costumam sofrer mais com a falta de recursos e de profissionais especializados, a integração de serviços de SM na APS desponta como estratégia essencial para melhorar o acesso da população aos cuidados de SM e a para uma melhor relação de custo-efetividade nesse cenário (Borges *et al.*, 2019; Burgess *et al.*, 2020; Eaton *et al.*, 2011; Esponda *et al.*, 2019; Kakuma *et al.*, 2011; Kohrt *et al.*, 2015; Lopes *et al.*, 2016; Singla *et al.*, 2017; WHO; WONCA, 2009a).

Desse modo, especialmente na APS, Tesser, Neto e Campos (2010) destacam a importância da existência de profissionais em número suficiente para subsidiar a qualificação da assistência prestada, e a realização do acolhimento e cuidado numa perspectiva desmedicalizante e integral.

## Tempo

O tempo foi outro fator importante levantado pelos participantes. De maneira generalizada, foi pontuado a falta de tempo para realizar os atendimentos em SM como uma problemática difícil de ser manejada, pois esses atendimentos demandam juntamente com o tempo, a necessidade de estabelecimento de vínculo e disponibilidade interna/afetiva dos profissionais para tal.

pode ter um uma rede completa, pode ser superdefensora da saúde mental e da reforma e pode ter todos os instrumentos possíveis, mas se não tiver tempo nada disso dá certo. Então tem algo que é do processo de trabalho da saúde da família em Florianópolis que, pra mim, é de um cunho político, né? Que é como que tá organizado o processo de trabalho da, da saúde da família. Não se faz saúde mental, nem com a maior instrumentalização e técnica possível, se não tiver tempo. Tempo, tempo de consulta, de cara a cara, tempo de VD, de atender a família, tempo, sabe? [...] pode ter todas as ferramentas possíveis, não vai dar conta da saúde mental porque saúde mental é tempo. É tempo e algo que é anterior à teoria. Não tô aqui menosprezando a teoria, teoria é superimportante, mas é tempo, vínculo e disponibilidade interna, tá? [...] Tanto que não é a toa que a gente vê muitas, muitas, muitos profissionais de outras profissões, outros

níveis, um agente de saúde, um técnico de enfermagem, com muito mais, é, ferramenta, considerando a disponibilidade interna, pra atender uma pessoa em sofrimento psíquico do que nós de nível superior, né? IP1

IP1 coloca que a SM está relacionada com o tempo, defendendo que é necessário tempo para conseguir estabelecer vínculo e desenvolver as ações de cuidado, independentemente se houvesse maior instrumentalização dos profissionais. Além disso salienta acerca da importância da disponibilidade interna dos profissionais para atender as demandas de SM, o que é reforçado por Silva, Vasconcellos e Figueiredo (2018) onde colocam que para além da competência técnica, o trabalho em SM também exige disponibilidade afetiva.

De acordo com Silva e Tavares (2003), baseados no estudo de Deluiz (2001), o trabalho em SM compreende o desenvolvimento de competências pessoais, de cuidado, comunicativas e sociopolíticas. Como competências pessoais espera-se: iniciativa, disponibilidade interna/afetiva, disponibilidade para aprender, abertura para mudanças e responsabilidade sobre o trabalho, atributos esses que implicam no envolvimento da subjetividade do trabalhador; competências de cuidado: capacidade de interação com o usuário a partir valorização de sua autonomia e capacidade de escolha sobre sua própria vida e cuidados em saúde; competências comunicativas: capacidade de escuta, expressão, diálogo e comunicação interpessoal; e competências sociopolíticas: “capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania” (Silva; Tavares, 2003, p. 294) .

Desse modo, o manejo em SM, ainda que comumente associado a profissionais como psicólogos e psiquiatras, envolve ações que podem ser desenvolvidas por outros profissionais, especialmente no contexto da APS, considerando-se as habilidades e competências necessárias para responder às necessidades dos usuários e do território (Brasil, 2013a; Telessaúde, 2018).

a gente tem que considerar que a demanda de saúde mental usualmente leva mais tempo de consulta, tempo de manejo, tempo para matriciar, tempo para encaminhar, tempo para acolher o sofrimento do paciente né. 2M4

já é difícil, primeiro ter um tempo pra proporcionar um espaço de escuta praquela pessoa, porque é uma consulta de vinte minutos, a pessoa não vai conseguir nem começar a, a se abrir pra alguma coisa assim. Não vai conseguir chegar, ahn, ao ponto de realmente conversar sobre aquilo que tá tocando. [...] Acho que é o que mais dói assim, de a pessoa chegar e tu não ter um tempo de escuta adequado, daquela pessoa conseguir, porque ela sempre vai ir praquela parte mais superficial ou a coisa primeira, aquela coisa mais rasa e, até ela conseguir chegar naquele cerne, naquele, de estar trazendo realmente aquele

sofrimento e conseguir tangenciar isso, é um tempo que a gente tá com cada vez menos  
1E3

É, eu vejo essa questão como, assim, internamente o tempo como algo crucial porque é um cobertor muito curto, alguma coisa vai ficar faltando. [...] Mas a minha impressão, muitas vezes, é que a não aderência, as faltas depois, porque isso acontece, o só pedir pra renovar, fica um pouco... Também isso acontece talvez um pouco por causa disso, porque eu tenho, eu tenho que fazer atendimento muito rápido. 3M4

2M4 e 1E3 sinalizam sobre o tempo necessário desde o acolhimento, para a escuta e aprofundamento das demandas em SM, além de matriciamento, encaminhamento entre outros.

Já 3M4 além de reforçar que o tempo é crucial, reflete sobre a possibilidade de que a realização de atendimentos rápidos em decorrência da falta de tempo possa estar associada a má aderência e a faltas nas consultas subsequentes.

Vilhelmsson, Svensson e Meeuwisse (2013) em seu estudo sobre a interação médico-paciente, identificaram que os médicos realizam o diagnóstico e a prescrição de tratamento para a depressão em um espaço muito curto de tempo. As narrativas dos 181 participantes, apontaram de maneira geral para experiências negativas nos encontros clínicos, onde além de apresentarem muitas vezes entendimento diferenciado em relação a natureza dos problemas para os quais estavam procurando ajuda e sendo medicados, os pacientes também referiram falta de uma escuta qualificada e sentimentos de abuso por parte dos médicos, o que acabava por fragilizar a confiança no profissional.

O pouco tempo de consulta também é apontado Alvarez *et al.* (2002) e por Gotzsche (2020), onde os autores problematizam que os médicos da APS levam um tempo muito curto para acolher, diagnosticar e medicar os pacientes com PSM, o que é também apresentado no estudo norte americano conduzido por Charles Medawar, que mostra que mais da metade dos médicos prescrevia psicofármacos após discutir sobre depressão por três minutos ou menos com seus pacientes (Medawar, 1997).

Tempo, eu acho que a gente não tem, né? A demanda, é uma demanda muito, muito exaustiva e não vai ter fim. O que é que a gente pode fazer é organizar melhor essa demanda e essa organização eu também acho que é com o acesso, né? 1M5

1M5 conclui dizendo que a demanda não tem fim e que não se tem tempo tudo, dessa maneira, considera importante tentar organizar o acesso para potencializar o pouco tempo existente.

## Acesso

A questão do acesso também aparece como uma dificuldade. Porém caso bem manejado surge também como uma potência, na medida que pode deixar o profissional mais livre para organizar sua agenda para dar conta das demandas emergentes de acordo com a necessidade que cada situação, respeitando o princípio da equidade.

Com o acesso, você consegue programar consultas curtas, eu consigo resolver um adolescente com uma amigdalite em cinco minutos e dar mais tempo pras pessoas com, por exemplo, uma demanda em saúde mental grave. E também fazer valer a longitudinalidade, né? Eu acho que esse é um grande recurso que a gente tem que é ter o cuidado longitudinal e programar consultas curtas, né? Pacientes, com, com a minha agenda livre, com o acesso avançado, eu consigo programar, por exemplo, um paciente com ideação suicida para vê-lo amanhã ou daqui três dias, né? As agendas mais engessadas, isso tornaria impossível, tem consultas pra dali um mês. Então tempo é impossível a gente conseguir mais, mas organizar a demanda sim. 1M5

Então alguns lugares você vai adaptar pra o tempo médio de consultas na Atenção Primária. Qual que é o tempo médio? No Brasil, mais ou menos vinte minutos. Em outros países é até menos tempo, né? É, então o que que eu posso fazer dentro desses vinte minutos? E eu, vinte minutos é um tempo médio, né? Então se existe uma demanda naquele momento que você precisa ampliar aquela escuta, você vai ver o que que eu posso fazer de gestão de tempo com a fila que eu tenho ali naquele momento. É uma coisa que eu possa abrir acesso pra esse paciente, já deixar uma consulta agendada pra próxima semana, não é necessário, tem que estender essa consulta nesse momento em detrimento dos outros, né? 1M2

1M5 pontua a possibilidade de programar as consultas de acordo com as demandas apresentadas, como uma forma de potencializar ao cuidado longitudinal, reforçando uma fala sobre não conseguir ter mais tempo, mas conseguir organizar a demanda. O que também é corroborado pelo 1M2.

Então, a gente tem que discutir quais são as ferramentas de acesso, né? E um dos níveis de avaliação vinculados à qualidade da Atenção Primária vai ser acesso. Porque, assim, se a gente tem uma agenda mais programática, mais fechadinha, existe uma tendência de você dar acesso pra quem sempre já teve acesso ou que criou alguma ferramenta pra entrar lá, né? Então a gente já vai avançar dentro da perspectiva da lei dos cuidados inversos, a gente vai dar mais cuidado, muitas vezes, pra quem menos precisa, né? Ou em excesso, em detrimento de, de outras pessoas que não vão conseguir. Então acesso é um elemento crucial dentro da Atenção Primária e, principalmente, se a gente tem a questão de um serviço que é mais porta aberta, né? Que a gente tá exposto ali, é, a uma série de, de questões que a gente tem que tentar dar conta, né? 1M2

1M2 continua abordando a importância da coordenação do acesso na APS, atentando para a lei dos cuidados inversos.

A lei de cuidados inversos, proposta por Tudor Hart (1971) problematiza o acesso aos serviços de saúde, mostrando que a oferta de serviços tende a ser indiretamente

proporcional às necessidades e demandas dos usuários, de modo que os pacientes que mais precisam de cuidados, costumam ser os que menos recebem. A lei dos cuidados inversos não é uma lei natural, mas sensível e exposta às forças do mercado, o que muitas vezes acaba por aumentar as disparidades e inequidades em saúde, privilegiando ou desfavorecendo determinados grupos sociais (Brito de Sá, 2002; Broeiro, 2016; Phibbs *et al.*, 2018).

A saúde da família vem, é, piorando drasticamente, né? Essa história, não tenho muito domínio sobre a história do acesso avançado, mas o que eu vejo na prática é que esse tal de acesso avançado tá transformando a saúde da família em um grande de pronto atendimento, né? É acesso avançado, é Alô Saúde, é consulta, é vinte minutos de consulta, é, é uma lógica produtivista e imediatista. IP1

Tipo, chega um momento em que tá calejado e tá no fluxo automático de Florianópolis de demanda espontânea. E realmente é bem isso. É o que a gente mais usa de tema. A gente tá vivendo em várias pequenas UPAs e que não são só UPAs, são ambulatorios especializados também. A gente faz o trabalho de ambulatorios especializados dentro da nossa, da nossa unidade, com pessoas com demanda extremamente complexa. Acho que vai ter que ser tudo trabalhado dentro da Atenção Primária por causa do acesso, esse acesso corrido que a gente tem. IE3

IP1 problematiza a questão do acesso avançado na APS de Florianópolis, que parece estar transformando a APS em pronto atendimento e precarizando o cuidado ofertado, a partir de uma lógica produtivista e imediatista. Da mesma forma IE3 também traz que a APS tem se transformado em pequenas UPAs e ambulatorios especializados, que precisam dar conta de demandas muito complexas.

O acesso universal é um princípio do SUS, e o acesso ao cuidado clínico-sanitário, se configura como primeiro e principal atributo da APS, sem o qual não há universalidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado ou possibilidade de qualquer outro atributo se concretizar adequadamente (Starfield, 2002; Stelet *et al.*, 2022; Tesser, 2018; Tesser; Norman, 2014b).

No contexto brasileiro, o acesso na APS é heterogêneo e em grande medida precário, devido a diversos problemas como subdimensionamento de equipe, excesso de população adstrita, financiamento insuficiente e estrutura inadequada, burocratização e rigidez na organização dos serviços entre outros (Tesser, 2018).

Especialmente na APS, a discussão sobre a ampliação do acesso (e acesso como um direito a ser garantido) necessita ser considerada, com proposições para seu aprimoramento. A literatura tem apontado que o aumento do financiamento, a diminuição na população vinculada à cada equipe, o estímulo a formação e educação permanente de

médicos e sua interiorização e fixação em áreas de maior vulnerabilidade, bem como diversificação nas formas de comunicação com os usuários e melhora nos processos de trabalho, com reorganização das agendas dos profissionais buscando o equilíbrio entre ações agendadas/programáticas e demanda espontânea, podem ser passos importantes em direção a melhoria e qualificação no acesso (Canuto *et al.*, 2021; Tesser, 2018).

Nesse sentido, buscando melhorar e qualificar o acesso na APS, a discussão sobre acesso avançado (*Advanced Access*) se intensificou no Brasil e no mundo nas últimas décadas, e o mesmo despontou como um modelo de gestão da clínica na APS estimulado por gestores e valorizado pela medicina de família e comunidade no cenário nacional (Stelet *et al.*, 2022).

O Acesso Avançado (AA) proposto por Murray e Tantau (Murray, 2000) é um formato de organização de agenda, que busca equilibrar as demandas dos usuários e famílias, com a capacidade das equipes na oferta dos serviços, valorizando o atendimento da demanda espontânea, evitando seu agendamento futuro. Sua premissa é: ‘Faça hoje o trabalho de hoje!’. Ou seja, busca-se realizar o atendimento do usuário, independentemente da queixa, preferencialmente no mesmo dia ou no dia seguinte da busca pelo serviço (Filho *et al.*, 2019; Stelet *et al.*, 2022), apesar existirem flexibilizações especialmente sobre agendamentos futuros, considerando as pactuações realizadas com a gestão e com os próprios pacientes de acordo com sua disponibilidade e quadro clínico (Filho *et al.*, 2019).

Em Florianópolis, conforme documento: “Diretrizes da organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina para a ampliação do acesso e melhoria do cuidado em saúde aos usuários SUS, na ótica do Acesso Avançado”, a orientação é de que os agendamentos devem ser oferecidos de acordo com a melhor disponibilidade para o usuário, num prazo de no máximo uma semana. Além disso, o documento também orienta que as equipes de saúde da APS devem estabelecer os fluxos assistenciais de modo a “garantir escuta a todos os usuários que procuram atendimento, de forma organizada e pactuada entre os profissionais da equipe”, com a flexibilização nas agendas dos profissionais, que devem oferecer “horários de diferenciados para consultas rápidas (10 min) e mais demoradas (até 30 min) de acordo com a necessidade do usuário” (SES, 2019, p. 2), o que também é apontado pelos participantes da presente pesquisa, que sinalizam para a potência dessa flexibilização para atender demandas de SM e garantir a longitudinalidade do cuidado.

Desse modo, diversos estudos tem se debruçado sobre o tema do acesso avançado e sua implementação, demonstrando resultados promissores para a ampliação do acesso na APS e apontando efeitos positivos na organização da agenda e dos processos de trabalho das equipes, com aumento numérico nos números de atendimentos e encaminhamentos, com redução no absenteísmo e no “tempo médio de espera entre a procura do paciente à unidade de saúde e sua efetiva consulta” (Canuto *et al.*, 2021; Cirino *et al.*, 2020; Filho *et al.*, 2019, p. 611; Oliveira; Fracolli, 2023).

Sobre esse aspecto, Stelet *et al.* (2022, p. 9) aponta que apesar dos vastos resultados positivos no Brasil, a maioria dos estudos descrevem experiências de curta duração, que utilizam “metodologias quantitativas como número de consultas realizadas e percentual de absenteísmo; foco em atendimentos individuais e sem maior avaliação da população ou profissionais em relação à carga de trabalho, saúde mental ou preferência dos usuários”.

Observa-se assim, que a implantação do AA em muitos municípios brasileiros tem ocorrido muitas vezes de forma dogmática, sem uma reflexão aprofundada sobre o tema, sem o diálogo necessário entre gestores, trabalhadores e usuários, sem considerar as características da população e do ambiente de prática, o que pode propiciar um forte viés generalista, podendo acarretar em “sofrimento do profissional e sua alienação perante o território e o cuidado integral em saúde, além de reforçar o modelo biomédico e a medicalização social” (Stelet *et al.*, 2022, p. 1).

Dessa forma, para a implementação de um processo de (re)organização do trabalho e do acesso de forma abrangente, adaptada à realidade, perene e sustentada por práticas orgânicas e estruturais nos serviços, se faz necessário o compromisso e envolvimento de toda a equipe na resolução dos problemas e situações emergentes, bem como tempo e observação dos efeitos, especialmente a longo prazo após sua implementação (Canuto *et al.*, 2021; Filho *et al.*, 2019; Stelet *et al.*, 2022).

#### Barreiras geográficas

Dentro das dificuldades de acesso, alguns participantes pontuaram a dificuldade geográfica como um ponto relevante na discussão.

Já dá para identificar algumas dificuldades principalmente no acesso, no acesso em relação a distância mesmo, não em relação à acessibilidade, mas a distância mesmo, acesso a alguns serviços. 2E3

Mas a gente tá muito aquém do que é o ideal, então, assim, essa falta de acesso necessário, acaba que se o profissional tá longe, você tem mais dificuldade de acesso, cria barreiras e as pessoas não chegam, né? [...] Essa coisa de deslocamento é uma dificuldade, das pessoas se deslocarem, você consegue eventualmente Passe Livre, ainda assim não é porque a gente oferta Passe Livre que isso resolve totalmente o deslocamento. Mas, assim, pro paciente, pra pessoa que tá lá no CAPS, ela ainda consegue Passe Livre pra ir, mas pros outros serviços não necessariamente isso tá previsto. Então, assim, é uma dificuldade das pessoas estarem se deslocando, né? 3M5

Florianópolis tem uma característica geográfica ruim, né? Então sempre que a gente pensa em Serviço de Referência, a gente precisa olhar pra isso porque ter CAPS só no continente ou só na Ilha é ruim, né? Como otimizar essa distribuição, eu acho que é uma coisa sempre desafiante pra Gestão aqui 3M5

2E3 elenca a distância como uma dificultadora no acesso, o que também é apontado por 3M5 como um nó crítico, e desafiador para a gestão. Além disso, 3M5 coloca que mesmo com o passe livre para os usuários do CAPS, isso não resolve os problemas de deslocamento de maneira efetiva.

O acesso à saúde é um pré-requisito importante para a eficiência na assistência à saúde prestada à população. Ele engloba diversos fatores, desde organizacionais, econômicos, socioculturais e geográficos, de modo que a localização geográfica dos serviços pode interferir na acessibilidade, criando barreiras de acesso geográfico (Brasil, 2015; Tesser, 2018; Tesser; Norman; Vidal, 2018; Unglert; Rosenburg; Junqueira, 1987).

Dentro das dimensões de acessibilidade, a dimensão geográfica se ramifica em barreiras naturais ou geradas pela atividade humana, e barreiras de acesso geográfico - que refletem “a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento” (Júnior *et al.*, 2010, p. 550), sendo as trajetórias de deslocamento um dos principais obstáculos ao acesso dos usuários aos locais onde as ações de saúde são desenvolvidas, independentemente do nível de atenção (Júnior *et al.*, 2010; Lima *et al.*, 2022).

Nesse sentido, Lima *et al.* (2022, p. 11) apontam que os gastos com deslocamento, considerando relação tempo/dinheiro, são primordiais “na definição do momento de busca pelo serviço de saúde: imediata, tardia ou desistente”.

Especialmente no campo da saúde mental, buscando mitigar essas barreiras de acesso geográfico, diversos movimentos sociais vêm reivindicando o passe livre como forma de assegurar o acesso de pessoas em sofrimento psíquico aos serviços necessários ao seu tratamento. Contudo, essa garantia não é linear em todo o território nacional, dependendo de vontade política e legislação própria de cada município.

Em Florianópolis, de acordo com a Lei complementar nº 648, de 18 de Outubro de 2018 (Florianópolis, 2018, p. 1), o direito à gratuidade no transporte coletivo é assegurado “às pessoas com transtorno mental crônico que estejam em tratamento regular e intensivo na Rede de Saúde Pública do município”, através do Cartão Saúde Mental. Para acesso ao cartão é necessário a comprovação do tratamento via atestado emitido obrigatoriamente por equipe multiprofissional das unidades de saúde municipais, não sendo aceitos atestados de outros municípios ou de acompanhamento particular.

Como já sinalizado por 3M5, a oferta do passe livre no município de Florianópolis não resolve a problemática levantada, especialmente nos casos leves/moderados, que são acompanhados pela APS, mas é um importante avanço na garantia de direitos às pessoas com PSM, “constituindo-se em um benefício respaldado nos princípios bioéticos da equidade e beneficência” (Ferraz *et al.*, 2004, p. 95).

Por fim, o reconhecimento das características relacionadas à acessibilidade é imprescindível para a consolidação dos SUS e apoio à gestão municipal na ampliação da cobertura e reorganização dos serviços de saúde em nível local, bem como no planejamento e formulação de estratégias para a superação dos desafios e barreiras associadas às especificidades geográficas de cada cidade (Júnior *et al.*, 2010; Lima *et al.*, 2022).

#### *Dificuldades pessoais e profissionais em lidar com SM*

Outro ponto levantado pelos participantes como um ponto difícil de ser manejado, são as questões pessoais e profissionais relacionadas ao cuidado em SM.

De os profissionais estarem com certa dificuldade com manejo, de lidar com os casos de saúde mental e também conseguir identificar os casos de saúde mental. 2P3

Por medo, por receio, por dificuldade de lidar até com as nossas questões subjetivas e ter que lidar com as questões subjetivas do outro, isso já causa um receio, né?  
2E5

2P3 coloca que tem percebido certa dificuldade na identificação e manejo de alguns casos de SM por parte dos profissionais. Para 2E5, essa dificuldade está relacionada com dificuldade de lidar com a subjetividade de forma ampliada. Esse despreparo é evidenciado por diversos autores (Brêda *et al.*, 2005; Chisholm *et al.*, 2016; Gama *et al.*, 2021; Gonçalves; Pedrosa, 2009; Mazzaia, 2018; Pereira; Amorim; Gondim, 2020; Rotoli *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2012) sendo também reforçado por Silveira e Vieira (2009, p. 141) que problematizam o “despreparo dos profissionais para lidar com questões relacionadas ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência”.

os momentos em que eu tive o profissional mais próximo, eu tinha mais facilidade de discutir, ainda assim, tem uma característica que é profissional dependente. Então eu já trabalhei, por exemplo, com psicólogos que, eventualmente, você via que, determinadas situações clínicas que você ia discutir que ele gostava de atender, ele dava um acesso e outras ele orientava e, às vezes, não pegava o paciente pra acompanhar. Então isso, assim, a gente vê na prática, mas isso é muito dependendo do profissional. 3M5

3M5 coloca que existem algumas situações que são profissionais-dependentes, onde a depender das preferências pessoais dos profissionais alguns casos tinham maiores ou menores chances de serem atendidos. Outro ponto que ele levanta é que alguns profissionais que oferecem matriciamento não atendem casos individuais, apenas grupos.

Às vezes de determinado profissional só oferta grupo e aí, se eu tenho qualquer caso que vai precisar de um atendimento individual e uma pessoa não depende do grupo, o matriciamento que eu tenho como resposta é “envie pras clínicas sociais”. Aí chega um ponto que você não matricula mais. ... Então, a gente enfrenta problemas que são de ordem do profissional e não é só do profissional também, eu acho que não dá pra culpabilizar, ah, não, porque o cara lá... Não, às vezes, o cara tá com 20 equipes pra dar conta e é o que ele consegue ofertar, então você tem que olhar o lado do profissional também, né? 3M5

Nesse sentido, ainda que não se observe na literatura uma discussão ampliada sobre as implicações associadas às preferências pessoais dos profissionais na oferta de serviços em SM, Alvarez *et al.* (2002), acreditam que as características e preferências pessoais de cada prescritor influenciam na prescrição de psicofármacos ou de outras formas de cuidado em SM. De forma análoga, a lógica “profissional-dependente” poderia se estender aos demais profissionais, considerando suas habilidades e preferências, conforme sinalizado por 3M5, e reforçado por 2P3, que relata sobre a dificuldade que encontra para atender o público infantil, problematizando que os profissionais necessitam

ser generalistas e atender todos os problemas e faixas etárias, e que isso se coloca como um desafio.

vem muita demanda às vezes e o profissional, às vezes, não tem tanta característica pra lidar com aquilo ali. E é real. Eu tenho dificuldade pra estar trabalhando com a área infantil, por exemplo, e às vezes eu tento dar uma escapada também da área infantil, sabe? [...] E os profissionais esperam que a gente, é, dê conta de tudo, tipo, da fase da infância, adolescência, adulto, idoso e, sabe? Então, a gente às vezes não, não é especializado pra isso, né? E, e realmente, assim, se torna difícil tanto pra quem encaminha, pra quem recebe... Então, a maneira que eu encontrei pra resolver essa questão infantil é fazer interconsulta e aí a gente consegue estar trabalhando junto e discutindo junto o caso ali naquele momento, então a gente, eu e a área médica e a enfermagem, a gente consegue ter um manejo um pouquinho mais próximo, assim, e a gente vai vendo que é um processo de ensino e aprendizagem em conjunto ali, né? 2P3

2P3 apresenta então a estratégia usada para dar conta dessa dificuldade, a partir da interconsulta e do processo ensino aprendizagem em conjunto.

De acordo com o guia prático de matriciamento em SM a interconsulta é um instrumento importante do apoio matricial na APS, e se caracteriza por ser uma prática interdisciplinar e colaborativa entre os profissionais de áreas distintas pra a construção de um modelo de cuidado integral. Nesse sentido, a interconsulta permite, conforme o participante 2P3 aponta, a partir da troca de conhecimentos, a ampliação da compreensão do processo saúde doença embasada na abordagem psicossocial, assim como a construção de projetos terapêuticos singulares, sendo um potente instrumento de educação permanente em saúde (Chiaverini, 2011).

Dessa forma, recapitulando os elementos abordados pelos participantes dos GF, observa-se que ao discutirem sobre os desafios para implementação das boas práticas de cuidado em SM na APS elencaram diversos desafios em convergência com os dados trazidos pela literatura (descritos no capítulo 3.6).

Para os participantes existem desafios macrossociais, relacionados à estrutura societária vigente, onde os determinantes sociais têm papel significativo no desencadeamento e/ou agravamento dos PSM. Dessa maneira, relatam a percepção de estarem medicalizando questões de cunho social e problematizam o processo crescente de medicalização social (discutido no capítulo 3.1). Além disso compartilharam também os desafios inerentes ao contexto pandêmico e suas repercussões para os serviços e para as equipes, que precisaram (re)adaptar suas práticas assistenciais para poderem lidar com o excesso de demanda, com prejuízo nas atividades coletivas e prevenção e promoção em SM no período.

Também foi bastante discutido sobre o processo de formação dos profissionais, onde em grande parte das vezes a abordagem sobre SM é centrada no modelo biomédico e no uso de psicofármacos, com pouco treinamento e capacitação prática em outras abordagens psicossociais. Os participantes salientam assim, a importância da educação continuada e de treinamentos para melhor instrumentalização dos profissionais da APS sobre o tema.

Outro ponto também convergente com a literatura é a dificuldade de trabalho e articulação em rede. Os profissionais atentam para a importância da classificação de risco em SM para melhor definição dos fluxos assistências, e compartilham dificuldades relacionadas ao processo de referenciamento dos usuários. Nessa seara, a questão dos encaminhamentos frequentes para atenção secundária e especialistas em SM, aspecto trazido pela literatura como importante desafio de articulação de rede, não foi trazido de maneira acentuada pelos profissionais dos GF. Parece que pela própria indefinição dos fluxos assistenciais em SM no município, os participantes apresentam maior seletividade em realizar os encaminhamentos necessários à RAPS considerando a dificuldade em encontrar dispositivos adequados, receptivos e disponíveis para o acompanhamento dos casos de SM.

Foi abordado também os desafios relacionados à gestão de pessoas e processos, onde os participantes enfatizam as dificuldades relacionadas ao excesso de demanda assistencial e sobrecarga de trabalho bem como falta de profissionais e de tempo. Um dos participantes até brinca que para trabalhar na APS é preciso “virar especialista em fila”.

Além disso, levando em consideração as características geográficas municipais, o acesso também apareceu como um importante desafio para a implementação de BP de cuidado em SM na APS de Florianópolis. Os profissionais discutiram sobre barreiras geográficas de acesso e passe livre, problematizando também sobre a lei de cuidados inversos e o conceito e implicações relacionadas ao acesso avançado, em vigor no município. A discussão sobre acesso aqui realizada aparece como um ponto de inovação em comparação com os pontos elencados no referencial teórico, pois não apareceu durante a revisão de literatura.

Por fim, assim como na revisão de literatura, as dificuldades pessoais e profissionais ao lidar com SM também apareceram nos GF.

Comparativamente com os dados apresentados na revisão de literatura, destaca-se o subfinanciamento das políticas públicas de SM, além das questões de natureza socioculturais e políticas, como temas pouco abordados explicitamente pelos GF.

Potencialidades e boas práticas de cuidado em SM na APS

*Saúde mental, um tema transversal, interdisciplinar e intersetorial*

O tema da saúde mental, aparece no discurso de todos os participantes. Eles identificam as demandas de SM como bastante frequentes e complexas no contexto dos cuidados primários.

O participante 2M7 coloca:

E com o tempo realmente é que a coisa foi se tornando o que é hoje né, presente em praticamente metade dos atendimentos... alguma coisa de mental sempre acaba aparecendo de uma maneira mais ou menos forte. 2M7

E é corroborado por 1M4:

Na Atenção Primária, a gente percebe que é só perguntar um “que mais?” que vai aparecer ali alguma questão que tá junto, às vezes, gerando sintomas ou acompanhando outros sintomas – 1M4

Nesse sentido, a literatura aponta que uma parcela importante das consultas na APS tem como queixa principal ou adjacente questões de SM, chegando a mais de 20% destas consultas serem apenas em razão de PSM, e considerando os casos subclínicos, ou seja, abaixo do limiar de diagnóstico, cerca de uma pessoa a cada duas que procuram a APS estão em sofrimento psíquico (Brasil, 2013a; Lester; Glasby; Tylee, 2004; Onocko-Campos *et al.*, 2011; Rodriguez-Pulido *et al.*, 2020). Isso se coloca como um desafio importante para os profissionais de saúde, pois dada a prevalência e a complexidade desse tipo demanda, se faz necessário articular formas de atender essa população de forma mais efetiva e eficaz. Desse modo a 2E5 aponta que seria importante:

práticas colaborativas e interprofissionais né... por que é o que dá conta dessa complexidade e dessa multifatorialidade. 2E5.

No mesmo sentido, 2P3, coloca que:

Eu acho que a gente tá precisando sentar e conversar com os profissionais sobre saúde mental e entender que todos os profissionais das unidades de saúde, enfim, né, desde quem cuida da recepção, da parte administrativa, enfim, é um assunto transversal,

então a gente precisa tá conversando e realmente nos atualizando sobre Saúde Mental. Entender que todo mundo tem o seu papel frente a isso, né? 2P3

uma das mudanças é a conversão da saúde mental, além de ser uma, uma parte específica, como um tema transversal. E acho que pelo nosso objeto de estudo da enfermagem ser o cuidado que, independente da fase, sempre há demanda psicossocial, é importante pra parte da, da construção de cuidado.... 1E3

A transversalidade aparece no discurso de 2P3, quando o mesmo coloca que SM é um tema transversal e no discurso de 1E3, que, concordando acrescenta que as demandas psicossociais fazem parte do cuidado, especialmente no campo da enfermagem. Sobre esse assunto, outros autores também atentam para a importância da compreensão de que as questões de saúde mental são transversais e estão presentes em todas as áreas e práticas de cuidado em saúde a partir da concepção ampliada de cuidado e da indissociação do binômio mente-corpo (Hirdes, 2015; Minozzo; Costa, 2013; Monteiro, 2003).

Além disso, a transversalidade seria um instrumento de ação de um grupo/sujeito, a partir da comunicação e articulação não hierárquica entre os diferentes níveis e sentidos das forças que compõem os processos, de modo a reforçar a produção de saúde e de subjetividade (Guattari, 2004; Neto, 2008). Ou seja, de acordo com glossário do ministério da saúde (2009, p. 259) transversalidade é um conjunto de “concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias aumentam o grau de abertura de comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde”.

2E5 reforça o caráter transversal, coletivo e interdisciplinar no fazer em saúde, ressaltando a importância da comunicação, discussão dos casos e fortalecimento entre os pares:

mas o acesso de demanda espontânea muitas vezes vem para o enfermeiro e se a gente não tiver essa troca com um colega médico, com os colegas do nasf, com os colegas da recepção, com os agentes de saúde, realmente a gente não dá conta disso né... A gente precisa se fortalecer, e conversar, e discutir, e falar sobre a rede, e ver a melhor forma de encaminhamento, e ver o tempo que a gente pode ter para uma melhor escuta para aqueles usuários também... Eu acho que esse trabalho interdisciplinar com a equipe multiprofissional que a gente possa tá discutindo... Não consigo enxergar de outra forma assim sabe, realmente não tem como a gente absorver sendo uma ou duas categorias. A gente precisa ter todos envolvidos [...] a gente precisa se fortalecer uns com os outros. [...] E aí estudar uma forma e construir junto com outras categorias, propostas que sejam mais coletivas, com maior impacto. 2E5

Nesta fala de 2E5, percebe-se a necessidade do trabalho multi e interdisciplinar para a qualificação dos profissionais e melhor atendimento ao usuário. Ela cita a importância da troca com os colegas, inclusive junto ao Nasf, o que também é corroborado pela participante 1M4.

Eu acho que na, na formação médica, a gente pensa muito na medicina, não aprendemos a pensar multiprofissionalmente. Acho que eu trago isso muito, assim, é uma visão autocrítica mesmo, então, às vezes, eu me vejo sobrecarregada porque eu também não sei acessar a rede, porque eu tenho mania de pensar muito na medicina então. Acho que a, a ideia de consulta compartilhada eu faço muito com a enfermagem, com a enfermeira da equipe que, isso já me faz abrir muito a cabeça...[...] E aí o que acontece muito é matriciamento, que são discussões minhas da medicina com profissionais das outras, com os CAPS, com profissionais especialistas focais, com nutrição, né? Então que também acho que são, apesar de ser uma coisa muito pontual, é um espaço também importante, assim, acho que falta realmente mais desses espaços com os profissionais, mas talvez trabalhos realmente em grupo, né? Trabalhos multi assim. 1M4

1M4 coloca a importância das trocas multiprofissionais, apontando o matriciamento como um dispositivo importante, ainda que pontual, e lamenta não ter mais momentos de trocas e trabalhos multiprofissionais em seu dia-a-dia. Nesse contexto 1M2 reforça o caráter de qualificação das práticas decorrente do matriciamento, problematizando que esse espaço não pode ser apenas de discussão pontual dos casos.

E que eu entendo que o matriciamento é um espaço pra se transmitir essas ferramentas, o que que pode ser repassado pra equipe mínima, né? Eu, eu não entendo que deve ser um espaço simplesmente de discussão de caso, pra repassar o caso, né? Se não tem perspectiva de, é, estabelecer uma, uma nova abordagem pra essa equipe, nem sempre tem muita validade a discussão. 1M2

Conforme apontado pelos participantes, o matriciamento, ou apoio matricial, é uma importante ferramenta para a qualificação das práticas em SM na APS. O apoio matricial faz parte das competências técnicas dos profissionais do NASF, que foi criado em 2008, com o intuito de aumentar o grau de resolubilidade da equipe local, ampliar a atuação da ESF e oferecer suporte técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais da Equipe de Saúde da Família, e Atenção Básica (NASF-AB) (Alvarez; Vieira; Almeida, 2019; Brasil, 2010a, 2017a; Frateschi; Cardoso, 2014).

Nesse sentido, considerando a dimensão técnico-pedagógica, é fundamental que as discussões de caso ocorram a partir de uma visão biopsicossocial, incorporando diferentes saberes e dimensões, indo para além de uma simples discussão entre o profissional de referência e o matriciador, se constituindo uma possibilidade de ampliação

do conhecimento e instrumentalização a partir do núcleo de saber de cada profissional de apoio (Chiaverini, 2011; Telessaúde, 2018).

Nesse contexto, outros participantes problematizaram também o funcionamento e modo de operacionalização do matriciamento. 3E1 aponta para a flexibilização no acesso aos profissionais matriciadores como um recurso importante para potencialização das ações.

no meu último estágio e acompanhei, é, as equipes, enfim, em alguns dias de matriciamento com psicologia, né, e, e saúde mental assim no geral, a discussão dos casos. Eu achei um pouquinho complicado, hoje eu vejo, né? Na, na época, eu achava ok, né, mas hoje eu vejo por questão de tempo mesmo. Parava a médica, a enfermeira da equipe, a psicóloga, a cada 15 dias, juntava um bolinho de casos, assim, e parava todo mundo uma tarde inteira pra ficar fazendo, pra ficar discutindo os casos, assim, então. Na época, eu falava, eu ficava, ah, ok, mas, hoje em dia, eu penso que isso seria inviável, né? Então, assim, a gente esperar 15 dias, às vezes, com a folhinha lá daquele paciente pra tá marcando um momento, né, presencial, às vezes, pra, pra sentar junto e, enfim, eu acho que, que outras maneiras, enfim, são bem-vindas, assim, né? Porque, até porque, se um paciente precisa muito, às vezes até 15 dias, né, fica bem complicado. Então, essa forma de acesso, às vezes, ah, um e-mail, um telefone, a psicóloga do Sul aqui também, ela também disponibiliza telefone, às vezes, pra também estar acessando o WhatsApp [...] assim, a gente discute os casos e eu acho que é uma forma muito interessante, assim, da gente conseguir, ahn, se encontrar, assim, não parando aquele tempo mesmo. 3E1

Da mesma forma 2P3 coloca enquanto matriciador, que a flexibilização da comunicação desponta como uma estratégia importante para lidar com a grande demanda assistencial em SM.

Imagina como que eu vou me dividir, semanalmente, pra matriciar 15 equipes? É muito difícil, gente, tem que fazer, tipo assim, um quebra-cabeça na agenda que... Se eu for realmente tirar um tempo pra matriciar, como tá na política, um tempinho, tan-ran-ran, tan-ran-ran... Acaba que eu não consigo fazer outras coisas, fazer atendimentos ou os grupos, enfim, aí tem que evoluir, tem que fazer todo também, todo um trabalho por trás disso que demanda muito tempo, né? Então, assim, a forma agora falando, né, da estrutura NASF, é, eu abri, é, meios de comunicação por e-mail, WhatsApp, presencial e ligação... [...] tá me vendo livre ali um pouquinho, chama ali um pouquinho, discute o caso, a gente, né, acompanha o caso, devolve pra área médica, enfim. E vai vendo, assim, o que que a gente tá conseguindo trabalhar em conjunto, mas numa, num sentido um pouco mais dinâmico, assim, não daquela coisa realmente de um horário fechado praquilo ali e tem dado muito certo, assim, Ana. Eu vejo que tá resolvendo bastante os casos, né, até porque, como eu disse, tava com uma demanda muito reprimida e muito grande de saúde mental. 2P3

Congruente com essas falas, a literatura aponta que a pactuação de aspectos norteadores para a efetivação do apoio matricial deve promover um alinhamento de entendimentos e expectativas em relação ao apoio que será ofertado e facilitar a comunicação entre o matriciador e a equipe matriciada, por meio do diálogo e da negociação sobre a melhor forma de estruturação dos fluxos e processos de trabalho.

Deve-se, portanto, ser considerada a capacidade de ajustamento e flexibilidade no cotidiano de trabalho na APS, a fim de possibilitar a adaptação à dinamicidade das demandas, desafios e necessidades concretas e singulares vivenciadas localmente nos serviços de saúde (Brasil, 2014b; Telessaúde, 2018).

Corroborando com as falas acima sobre a importância da interdisciplinaridade no trabalho em saúde, 2M7 também ressalta a relevância da construção conjunta de soluções e sinaliza sobre a importância de incluir o usuário nesse processo.

se tem uma coisa que eu já vivenciei, essa experiência, é construir as coisas realmente de maneira mais, muito mais que multiprofissional, é, interdisciplinar. O que quer dizer? É realmente, é construir um saber a partir de que as pessoas todas falem e isso, e aí incluindo o nosso objeto, digamos, o usuário, né? [...] eu acho realmente que, assim, esse tipo de atividade, é, que você consiga agregar o número maior de pessoas e que você consiga fazer uma coisa, principalmente, que seja do interesse das pessoas, seja a partir, principalmente, do usuário e não só sob a nossa perspectiva. O profissional, ele tá ali pra ajudar a coisa acontecer, mas tem que, eu entendo que a gente tem que, principalmente, é, construir espaços a partir daquilo que as pessoas querem. 2M7

É notória e extensivamente abordada a importância da construção coletiva e compartilhada de saberes e fazeres no campo da saúde, SM, saúde coletiva e políticas públicas de saúde. Espera-se que, especialmente em relação à SM, seja possível a incorporação e/ou aprimoramento pelos trabalhadores de competências técnicas, de tal modo que a partir de uma abordagem relacional, suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário, considerando-o como sujeito-social participante e protagonista de seu processo de cuidado (Brasil, 2013a; Delfini *et al.*, 2009; Silveira; Vieira, 2009).

Nesse sentido 2M7 continua:

A partir da hora que a gente realmente consegue construir isso, e isso é uma coisa que a gente tem que se dispor, uma coisa a ser feita, né? E, quando a coisa começa a andar, realmente se torna muito, muito prazeroso, assim, essa construção, né? E aí, a partir disso, a gente começa também a trazer outros setores da comunidade, né? [...] eu acredito que a própria construção, ela se faz muito mais uma construção intersetorial, como o 2M1 adiantou um pouco. Tá? É você pegar vários segmentos da sociedade e trabalhar a questão da saúde mental... 2M7

2M7 após sinalizar para a importância do incentivo ao protagonismo do usuário e satisfação associada a esse processo, sinaliza também para a importância da construção da intersetorialidade no serviço de saúde, que também é corroborado por 2E5 que coloca:

Acho que pensar numa outra perspectiva é um desafio para todos os profissionais, chegar a uma visão muito mais ampliada do sofrimento e conseguir fazer um cuidado para além do consultório, conseguir articular com o território, articular com

outros serviços, de habitação e assistência social enfim... e aí tirar um pouco essa demanda e dividir um pouco com outros serviços. 2E5

Considerando a complexidade do setor saúde, se faz necessário uma abordagem ampliada, integrada e articulada e não fragmentada dos problemas sociais, ou seja, uma abordagem intersetorial. Isso requer, a partir da integração de estruturas, recursos e processos organizacionais, o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões e de parcerias com setores como educação, seguridade social, justiça, trabalho e emprego, habitação, segurança alimentar entre outros, a fim de garantir a integralidade das ações ofertadas e a construção de políticas públicas duradouras, capazes de responder de maneira efetiva as situações-problema de um determinado território/comunidade (Brasil, 2009; Dias *et al.*, 2014; Lacerda; Moretti-Pires, 2016).

Assim, a intersetorialidade se constitui como uma estratégia política complexa, de caráter polissêmico e multifacetado, em constante construção, que por não ser um processo necessariamente espontâneo, pressupõe a necessidade de ações deliberadas para sua implementação, o que nem sempre é fácil. Para além de um compartilhamento protocolar de informações, a intersetorialidade pressupõe a partilha de conhecimentos, significados, valores, responsabilidades e afetos, sendo necessário também a implicação, reciprocidade, compromisso e corresponsabilização dos diversos atores sociais e governamentais na transformação da realidade local e dos serviços (Dias *et al.*, 2014; Garcia *et al.*, 2014; Lacerda; Moretti-Pires, 2016).

Da mesma forma que os participantes acima, 3M5 aponta que a intersetorialidade é um caminho em construção, e que os fluxos não estão dados.

tem uma questão de necessidade de avançar em políticas intersetoriais também, né? [...] Às vezes, a gente acaba trabalhando cada um no seu espaço e essas interfaces, elas não estão dadas assim tão claramente, né? Às vezes, eu já, ah, procuro o CRAS pra tal, mas esses fluxos não tão claros na cabeça de todo mundo, então acho que, às vezes, ter um comitê que pense organização de saúde mental, tendo esse olhar intersetorial do que é possível trabalhar em conjunto, né, pra avançar, acho que é extremamente importante também. 3M5

No sentido de processo em construção, 2M1 exemplifica algumas possibilidades intersetoriais, aponta para algumas estratégias que vem sendo realizadas no território de sua unidade de saúde e valoriza a potência da própria equipe nessa construção.

então eu acho que, pensando no território, a principal, é ação é a intersetorialidade, é você trabalhar com os recursos do território. É você trabalhar com os recursos existentes, sejam recursos espirituais e aí as diversas matrizes religiosas; sejam recursos da escola, o que que as escolas oferta, ofertam; sejam recursos das ONGs, que é o que tem muitas vezes no território, né? Então, você articular com as ONGs é uma forma

de trazer essas perspectivas, né? Você potencializar, você somar esforços com as ONGs, e com os contratuados, e com a estrutura de Estado também presente no território. [...] A gente tem feito projeto junto às ONG, junto a CRAS, junto a escolas lá, a gente tem um grupo de WhatsApp envolvendo esses atores todos, que a gente faz os debates todos, discute casos, e discute dúvidas e articulações, é... Mas, é, a potência, né, da equipe em si. 2M1

Na sequência 2E5, coloca que é necessário identificar as potencialidades presentes na unidade e equipe a fim de sensibilizar para a complexidade do tema da SM, especialmente com os gestores locais, o que também é reforçado por 2M4, que aponta para a necessidade de sensibilização da gestão, que “deve ter papel ativo na construção de redes de cuidado em SM” (Gryschek; Pinto, 2015, p. 3255), com ampliação de práticas menos prescritivas e “fora do consultório”.

Então, eu acho que, em primeiro momento, acho que identificar potencialidades, ahn, na unidade que conseguiriam trabalhar com essa escuta e com esse cuidado, né? E, a partir do momento que identificar potencialidades, se trabalhar com a sensibilização dessa temática. [...] Acho que esse seria o início e, muitas vezes, parte até de sensibilizar os próprios gestores locais da importância dessa temática, da importância de se reservar um tempo pra determinadas atividades mais coletivas, de maior impacto, né? Para garantir o espaço para reuniões, os espaços para os grupos terapêuticos para que a gente consiga sair de dentro do consultório, parar de atender individualmente essas situações, e conseguir fazer efetivamente uma articulação de território né. 2E5

Da gestão, é consultório, consultório, agenda, né, demanda ali, né, espontânea, demanda programada e não tem, assim, um incentivo a esse espaço, né, de cuidado coletivo, né, de resgate das potencialidades do território, né? Então talvez, assim, pra que isso fosse um pouco mais difundido teria sim que haver, né, uma sensibilização dos gestores pra incentivo desse tipo de prática, né? 2M4

Conforme apontado pelos participantes, é necessário a sensibilização da gestão local, assim como o envolvimento, reconhecimento, amparo e estímulo da mesma frente aos desafios, problemas e tensões do cotidiano de trabalho das equipes (Frazão; Minakawa, 2018), para que seja possível a problematização das concepções e práticas vigentes e a incorporação de novos saberes e fazeres a fim de possibilitar “a adequação das ações à realidade de vida e saúde da população” (Moretti *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2012, p. 958).

Isso porque conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017a), compete à gestão municipal a reorganização do território e dos processos de trabalho, bem como a transformação dos modelos de gestão anteriormente verticalizados para modelos pautados por relações horizontalizadas e solidárias, que ampliem a democratização, a autonomia e a participação dos trabalhadores no planejamento das

estratégias de intervenção, as quais devem considerar os elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença de determinada comunidade, como fatores sanitários, ambientais, sociodemográficos, históricos, culturais entre outros.

*O território como sujeito: cuidado territorial e empoderamento comunitário*

O território é um componente fundamental na organização dos serviços de saúde no contexto da APS, a qual está organizada de maneira territorial a partir dos limites do espaço geográfico e da cobertura populacional, prestando atendimento à população adscrita pela qual tem responsabilidade clínica e sanitária. Contudo, para além do espaço físico e geográfico, englobando também dimensões imateriais relacionadas à subjetividade, o território pressupõe psicodinâmicas relacionais entre os atores sociais, as quais serviram como ponto de partida para o desenvolvimento dos conceitos de território vivo e território existencial, propostos por Milton Santos e Guatarri respectivamente (Brasil, 2013a).

Contrapondo e visão tradicional da geografia que considera o território a partir de suas formações naturais de maneira estática, o conceito de território vivo, desenvolvido pelo geógrafo brasileiro Milton Santos considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram o território, apresentando-o como um objeto dinâmico, vivo e repleto de inter-relações, com papel influente sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Dessa maneira, o termo foi cunhado para descrever lugares onde há uma relação dinâmica entre as pessoas e o espaço onde elas vivem, espaço este, compostos por uma série de elementos que se entrelaçam como a paisagem, a história, a cultura, a economia entre outros, criando uma identidade cultural própria, e um ambiente único, que é moldado a partir das atividades cotidianas. Para o autor, a partir dessa compreensão dinâmica de território, seria possível desenvolver uma visão menos fragmentada dos processos sociais, políticos e econômicos, incluindo os próprios processos de cuidado no campo da saúde (Brasil, 2013a; Lima; Yasui, 2014; Santos, 2003).

Na mesma vertente, o conceito de território existencial, desenvolvido pelo psicanalista francês Félix Guattari (1992) em sua obra "Caosmose: um novo paradigma estético" diz respeito a um espaço de enlances e de circulação de subjetividades, construído dinâmica e coletivamente, caracterizado por ser um território onde as dinâmicas relacionais estão configuradas em determinado espaço e tempo, em constante processo

de feitura. Nesse sentido, no campo da saúde, os territórios existenciais se configuram, desconfiguram e reconfiguram através das interações entre os que cuidam e são cuidados, sendo construídos a partir desse encontro com o outro (Brasil, 2013a; Guattari, 1990; Macerata; Soares; Ramos, 2014).

Nesse sentido IP1 coloca sobre a importância da horizontalidade no cuidado, apontando para a potência de um trabalho próximo das pessoas acompanhando seu processo de viver e retoma o paradigma da atenção psicossocial.

Então, pra mim, a boa prática seria inverter a lógica e estar cada vez mais perto do usuário e da casa dele, numa relação mais horizontal, ahn, vivenciando o seu processo de vida junto com ele, né? Agora falando isso, me veio à tona o paradigma da atenção psicossocial. Essa é a diferença do modo psicossocial pro modo asilar psiquiátrico, né? É muito, tem muito mais a ver com as tecnologias leves, ahn, relacionais, né, e de vínculo, do que com grandes serviços, estruturas e especialistas. Então, pra mim, é isso. Quanto mais humilde, perto e afetivo, sei lá, estivermos das pessoas e dos territórios, melhor será a prática em saúde mental. IP1

O modelo asilar e o modelo psicossocial são duas abordagens diferentes na área da saúde mental que se desenvolveram ao longo do tempo, refletindo mudanças nas perspectivas e práticas de cuidado neste campo.

Em linhas gerais, a partir dos escritos de Costa-Rosa (2000), a proposta do modelo asilar é caracterizada pela compreensão biologicista dos problemas de saúde mental, associada a tratamentos medicamentosos com pretensão curativa, a um viés adaptativo e a um cuidado fragmentado, ainda que possa ser multiprofissional. Está associada também a uma assimetria entre os fluxos de poder e saber, com relações intersubjetivas verticalizadas e organogramas piramidais, e a um subordinação dos sujeitos frente ao seu processo de adoecimento e cuidado, em um contexto segregacional, comumente associado a hospitais psiquiátricos.

Já o modelo psicossocial, busca fazer o contraponto a esse paradigma, apostando numa abordagem integrada de base comunitária, baseada nos determinantes biopsicosocioculturais e políticos da saúde mental, envolvendo aspectos relacionados a novas formas de sociabilidade, reinserção sociocultural e recuperação de cidadania, com transformação nas estruturas dos micropoderes, horizontalização nas relações e democratização do poder decisório, além do estímulo a participação, autogestão e interdisciplinaridade, de modo a possibilitar novas possibilidades de ser. Desse modo, no modelo psicossocial, o objeto de intervenção é deslocado da doença para o sujeito em

sofrimento, permitindo um reposicionamento e implicação subjetiva do mesmo (Costa-Rosa, 2000).

Cabe destacar que apesar dos antagonismos, os dois modelos podem coexistir, pois existe uma constante tensão e disputa de forças, poder e narrativas em relação aos mesmos, de modo que o modelo psicossocial busca romper a hegemonia do modelo asilar, que ainda hoje tem importante expressão nos serviços de saúde, a despeito dos avanços conquistados pela RP (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016).

As considerações de 1P1 são reforçadas pelas de 2M1, que retoma a proximidade do território como elemento importante para o cuidado enfocando também o aspecto multiprofissional já abordado anteriormente.

Na Atenção, eu buscaria um atendimento mais próximo do indivíduo possível, de forma multiprofissional, né? Que ele pudesse ter acesso ao psicólogo, ao médico, ao enfermeiro, é, em uma primeira perspectiva, eu pensaria nesses profissionais mais próximo da sua casa. 2M1

Da mesma forma, novamente 1P1 aponta que estar no território é também construir em conjunto, levando as práticas multiprofissionais para perto das pessoas e das equipes, sendo corroborada por 1M4 na sequência:

Estar no território não é só estar perto do usuário, é estar perto da equipe, né, também e inventar essas práticas em conjunto, um pouco... Não é à toa que o apoio matricial [...] surge dentro da área da saúde mental, né? Isso que a gente tenta implantar agora na Atenção Primária com o NASF, isso tudo, é uma estratégia que veio da saúde mental e dessa gênese do CAPS, a partir da lógica do território. É de levar o CAPS pro território do usuário e das equipes. 1P1

Pra além, né, das paredes ali do Centro de Saúde e dos outros Centros Especializados. 1M4

O conceito de território estabelece uma importante interface e aproximação com princípios da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente em relação às noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, conferindo um novo sentido e ordenamento às ações de SM desenvolvidas no contexto da APS, a qual tem papel fundamental na construção da RAPS (Silveira; Vieira, 2009).

A partir da atuação territorial e facilidade de acesso às famílias, as equipes que desenvolvem suas atividades na APS conseguem atuar nos diversos lugares onde os usuários estão inseridos, identificando os laços significativos entre eles, estabelecendo

vínculos e corresponsabilidade com a população e articulando possibilidades de saúde norteadas pelo contexto familiar e cultural do lugar (Moura *et al.*, 2016; Zanella *et al.*, 2016).

Destaca-se, especialmente no contexto dos cuidados primários a importância de se trabalhar não apenas com os sintomas, mas também com a circulação de pessoas e afetos, pois em que pese a crescente medicalização da vida, com promessas de cura rápida para o sofrimento, este pode ser melhor acolhido e tratado quando pensado a partir do território, considerando sua associação com as questões sociais, políticas, intersubjetivas, culturais entre outras (Miranda, 2018) .

Para isso, é fundamental que as equipes sejam capacitadas para desenvolver “estratégias de cuidado que considerem as múltiplas determinações do processo saúde-doença” (Campos; Bezerra; Jorge, 2018, p. 2233) a partir de um modelo ampliado de atenção e manejo dos problemas psicossociais, a fim de superar o enquadre medicalizante no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (Campos; Bezerra; Jorge, 2018; Dalla Vecchia; Martins, 2009; Gryscek; Pinto, 2015).

Quando eu entendo meu território, daí eu consigo, é... Entender não é pegar os dados epidemiológicos e, a partir daí, levar pro que eu já tenho de conhecimento que os dados epidemiológicos podem mostrar e pressupor a partir daí. Entender é realmente tá com minha comunidade, é atender aquele paciente e ver daonde que ele veio, ver porque que talvez ele pense assim e tudo isso vem de uma discussão, é, anterior ao que fazer a partir de agora com o que a gente tem. 1E3

1E3 reitera a importância de entender o processo saúde-doença a partir do entendimento do próprio território e do contexto onde cada equipe está inserida, considerando a historicidade local, o que também é apresentado por 2M7 quando discorre sobre o cuidado ideal apontando:

Acho que então, é, é claro que o ideal não é o ideal em todo lugar, cada lugar tem o seu, a sua maneira de ver, a sua cultura, enfim, a sua história. 2M7

Para Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) o cuidado em saúde mental, pode ser dividido em três eixos temáticos de sentidos. O primeiro diz respeito à perspectiva ética e filosófica; o segundo à dimensão técnica e instrumental do cuidar em saúde mental; e o terceiro à dimensão política do cuidado.

Sobre a perspectiva ética e filosófica, os autores enfatizam o cuidado como sendo constitutivo da condição humana, e em termos éticos marcam a importância dos encontros

e o reconhecimento das singularidades, os quais devem estar na base da prática profissional. Já a dimensão técnica e instrumental do cuidar em saúde mental indica que as práticas de cuidado devem estar comprometidas com as transformações sociais e culturais e primar por relações horizontalizadas, que podem ser materializadas através da escuta qualificada, do diálogo e da (co)responsabilização de profissionais e usuários. Por último, a dimensão política do cuidado se dá a partir dos processos de emancipação dos usuários e do apoio à construção das autonomias, indo para além do aspecto técnico-científico, implicando também na transformação das relações de poder (pré)estabelecidas (Ballarin; Carvalho; Ferigato, 2010; Lima, 2011).

Nesse sentido, o cuidado remete a relações com os outros, que envolvem comprometimento e implicação nos espaços de encontro, sendo esse cuidado “interdependente de uma complexa rede de relações, protagonismos e agires” (Cecilio, 2015, p. 8). Dessa forma o cuidado deve sempre considerar as “múltiplas dimensões que envolvem a vida, sejam elas sociais, culturais, econômicas, familiares, de trabalho, redes afetivas de amizade e solidariedade”, bem como as peculiaridades e particularidades de cada contexto histórico (Lima, 2011, p. 126). Ou seja, se torna condição *sine qua non* para a construção do cuidado em SM o entendimento de que ele é tecido em rede e em determinado tempo, lugar e cultura (Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

E, e outra coisa, eu acho que a gente tem que subverter, pelo menos o meu sonho de Atenção Primária, é de entender o território como nosso sujeito. Mais do que atender cada indivíduo e, sim, a gente tem a responsabilidade. Aí eu tô falando “a gente”, Atenção Primária, como qualquer profissional. A gente tem, tem que dar atenção individual e individualista em algum momento para aquela pessoa, mas [...] Já pensando em ferramentas, é muito potencializador e catalizador entendeu? O território como sujeito.  
1P1

1P1 compartilha em sua fala que um de seus sonhos, no campo da APS, seria que para além do atendimento individual aos sujeitos, as equipes considerassem o território também como sujeito de suas práticas, o que denota maior implicação e articulação com os dispositivos territoriais potenciais e um desafio aos trabalhadores. Nesse sentido as falas subsequentes dos participantes demonstram a importância da participação comunitária e da equipe de saúde sensibilizar os atores sociais e proporcionar espaço dentro da rotina do serviço.

É, tem um ditado popular que fala “pros problemas da comunidade, né, a comunidade tem as próprias soluções praquilo”, né? 2M4

É, envolvimento da comunidade é fundamental, né? [...] então esse convite pra que a comunidade faça parte, assuma aquele espaço como algo seu, embora esteja dentro da, né, do terreno da Unidade de Saúde, mas é um serviço público que é da comunidade, né? 3M5

A gente seguir construindo com a comunidade, quanto mais a gente tiver de oferta, mapear, e pessoas que eventualmente se colocam à disposição pra ajudar, acho que se a gente constrói essa rede comunitária, cada vez mais gente tem possibilidade de ter mais recursos pra enfrentar os problemas, né? 3M5

A potencialidade da participação comunitária para a promoção de saúde mental, vem sendo cada vez mais difundida no contexto científico e nas proposições de políticas públicas em saúde. Observa-se que a integração da saúde mental nos cuidados primários em saúde, a partir de uma base territorial e comunitária, vem sendo desenvolvida por diversos países do mundo, com resultados promissores (OPAS, 2022; WHO; WONCA, 2009a). No contexto nacional, a própria política Nacional da AB, estimula a participação comunitária, incentivando a identificação de atores sociais, ‘parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população’ (Brasil, 2017a, p. 23).

Dessa forma, Burgess *et al.* (2020) apontam para o desenvolvimento de intervenções onde o empoderamento comunitário possa ser um caminho para a promoção de SM, de modo que as comunidades desenvolvam habilidades, competências, estratégias e recursos para responder coletivamente aos desafios estruturais mais amplos e problemáticas locais vivenciadas.

#### *Mecanismos alternativos de cuidado: intervenções possíveis*

“diversas experiências alternativas à lógica hegemônica vêm sendo introduzidas no cotidiano dos serviços de saúde, apontando para a possibilidade de desenvolvimento e incorporação de diferentes campos de saberes e práticas nas ações de saúde, configurando novas formas de organização da assistência, pela via contra-hegemônica. A produção da saúde por meio de ações diferenciadas possibilita, ainda, que sejam operadas tecnologias de trabalho voltadas à produção do cuidado, favorecendo o estabelecimento de novas relações entre trabalhadores e usuários. Uma vez delineadas nessa perspectiva, essas ações constituem contraponto à crise de eficácia e eficiência vivenciada pela saúde, indicando um novo caminho a ser percorrido para sua superação” (Oliveira *et al.*, 2012, p. 954).

Oliveira (2012), baseado na tese de Franco (Franco, 2003), discorre sobre a importância de mecanismos alternativos de cuidado baseados em uma lógica contra-hegemônica como contrapondo aos problemas de saúde enfrentados. Nesse sentido, esta

categoria de análise discorrerá sobre as intervenções possíveis em SM no contexto da APS a partir das falas dos participantes dos grupos focais e do que a literatura tem apontado como convergente com a noção de boas práticas aqui desenvolvidas.

Quais são as outras intervenções que eu posso fazer? Né? Então eu entendo como um nó superimportante, pensando a Atenção Primária e, principalmente, os transtornos mentais comuns, que é o grosso do nosso trabalho, né? A gente não, não vai trabalhar a maior parte do tempo com a questão de, é, eu não gosto desse termo, tá? De transtornos mentais graves. Mas de, de algumas comorbidades que acabam estando, com frequência, mais em outros níveis de Atenção, né? Mas o grosso da, da Atenção Primária são transtornos mentais comuns. Então a gente precisa aprofundar a discussão. Quais são as ferramentas que a gente precisa ter, o que que a gente pode treinar, quais são os cenários que vão ser treinados, quem vai ajudar a gente nesse treinamento, né? 1M2

1M2 aponta que são os TMCs os problemas de SM mais enfrentados na APS e levanta o questionamento sobre quais ferramentas estão disponíveis para lidar com essa demanda, e como os profissionais podem de fato estar sendo capacitados para usá-las. Sua fala é corroborada por 2P3 que aponta para uma falta de ferramentas para trabalhar com essa temática e sugere a criação de mecanismos para conseguir desenvolver outras estratégias de cuidado.

E o que eu vejo que falta um pouquinho é mais ferramentas pra gente tá trabalhando. Eu vejo que a gente tá muito trancado na clínica, sabe? Dentro dos consultórios, enfim, mas também, voltando, esse é um pouco desse reflexo da pandemia realmente, então a gente precisa tá criando outros mecanismos sociais pra gente tá conseguindo desenvolver mais estratégias, assim, para cuidar. 2P3

2E5 também acredita na importância do estímulo à qualificação profissional, descrevendo que muitas abordagens já vêm sendo desenvolvidas na rede a partir dos próprios usuários, acentuando a importância de valorização desse protagonismo e do investimento na promoção de saúde, bem como novas abordagens profissionais, como o diálogo aberto e o *recovery*, já apresentados no capítulo 3.5.6.

Então, de que tipo, de que forma se cria um estímulo pra qualificação dos profissionais? É, o investimento em outras abordagens de cuidado em saúde mental, né? Eu acho que o 2M7 trouxe outras experiências, e a gente tem várias outras abordagens já sendo desenvolvidas e sendo, é, construídas, é, a partir dos próprios usuários dos serviços de saúde, né? Não na perspectiva dos profissionais, mas muito mais na perspectiva, e no protagonismo, e na autonomia dos usuários, então, o investimento nessas abordagens e o investimento em promoção em saúde mental 2E5

Se a gente pensar na nossa rede, assim, tem algumas experiências, né? É, espalhadas. Acho que a gente pode falar de grupos que usam a música, que usa yoga que usam as PICS, né, especialmente com horta comunitária. Tem grupos de mulheres, é, que muitas vezes são coordenadas por agentes comunitários, né? De atividades manuais que também são coordenadas por agentes comunitários, a Terapia Comunitária integrativa também é uma experiência, é, muito boa que a gente tem na nossa rede. A gente tá

tentando agora um grupo, é, de saúde mental na Vila Aparecida, na perspectiva da Terapia Comunitária, mas com os princípios do Diálogo Aberto. E aí eu cito essa experiência da Finlândia, que eu acho que tem dois movimentos importantes, que é essa experiência do Diálogo Aberto na Finlândia, é, que nos faz, nos ajuda muito a lidar com as questões familiares de pacientes com sintomas psicóticos, especialmente, que essa é a abordagem do Diálogo Aberto; e a questão do Movimento *Recovery*, que ele traz essa perspectiva de se produzir cuidado a partir da autonomia e do protagonismo do usuário, de construir redes vivas no território, né? De tecer essas relações no território, é, promovendo sempre o autocuidado. 2E5

Nesse sentido, os participantes do grupo apontam também para a díade des – desmedicalização e desprescrição como sendo caminhos para a implementação de boas práticas de SM, apesar de atentarem acerca dos desafios pra tal efetivação.

Algumas sociedades, de uma certa maneira, têm defendido uma, uma desmedicalização do, da atenção à saúde mental, né? E, claro, isso tudo, é isso que eu falo, envolve você também dar condições pra que se você tira a medicalização, você tenha condições de dar uma assistência de uma maneira mais integral. É isso. 2M7

Uma experiência que eu escutei, na verdade, de um colega, que eu vou partilhar, não conheço detalhes, mas que me fez pensar, né? Ele falou que, assim, a gente discutindo a questão da medicalização, que muitas vezes você tá medicalizando, mas, na verdade, você, fundamentalmente, digamos assim, é mais é sossega leão, não tá efetivamente mudando, né, a vida daquela pessoa. Digamos, tá tornando, digamos, ela mais tranquila, às vezes, pro convívio social. É, esse colega psiquiatra, ele falou, na Islândia, ele falou que meio que se aboliu as medicações psiquiátricas, tá? E, é claro, que quando você faz isso, não precisa falar, eu imagino que, assim, você tá fazendo uma revolução social e, pra isso, é aquilo que eu falo, você vai ter que, principalmente, dar uma, uma capacidade muito grande de, é, de acolhimento muito grande dessas pessoas, de dar outras opções. E aí que passa por várias coisas, né? As pessoas já falaram aqui: desde grupos terapêuticos, de rodas comunitárias, de terapia comunitária e, e... As próprias PICS, tem muita coisa que a gente pode fazer, né? Mas, evidentemente, que isso é uma coisa, como eu falei, acho que balança, balança a sociedade toda, né? Então, é, eu, é uma coisa, assim, até pra gente, pra gente pensar, né? Pra onde que a gente tá indo, se a gente quer realmente uma Atenção em saúde mental, né? 2M7

a gente vai tentando buscar outras formas de lidar com isso, mas não dá, a gente, mesmo assim, não consegue contornar tudo, né? Então, tem coisas que precisaria de um acompanhamento mais de longo prazo pra essa pessoa conseguir lidar com suas questões de vida de uma outra maneira que não fosse, né, ficar tomando medicamento, né? Às vezes, a acupuntura vai ajudar um pouco a lidar com isso, com essa, a controlar a ansiedade, mas, enfim, às vezes são coisas da vida que você vai ajudar durante aquele momento também, mas daqui a pouco ela vai voltar a estar ansiosa de novo. Enfim, e nem sempre acupuntura faz com que a gente consiga por conta dessa falta de um suporte a mais, trabalhar acupuntura e outras coisas no sentido desmedicalizar, né? 3M5

2M7 coloca que a possibilidade de conseguir efetivar a desmedicalização seria uma espécie de revolução social, que balançaria toda a sociedade. Porém ressalta que é necessário ter condições para lidar de outra forma com os PSM, de modo a proporcionar acolhimento aos usuários, sugerindo algumas abordagens como grupos terapêuticos,

rodas comunitárias, terapia comunitária, PICS, o que também é levantado por 3M5 que sugere por exemplo, o uso da acupuntura e a necessidade de um cuidado longitudinal.

Tesser, Neto e Campos (2010, p. 3621), discutem sobre a potencialidade da estratégia de acolhimento na APS, que quando realizada a partir de uma lógica interdisciplinar, na qual “a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do ‘campo de competência’ de todos os profissionais, pode ser um importante minimizador da medicalização. Os autores reforçam a importância de que os profissionais de saúde consigam incorporar em sua prática ações desmedicalizantes em relação aos diagnósticos e terapêuticas, relativizando a abordagem biologicista e medicamentosa, propondo novas abordagens de cuidado (Tesser, 2006b; Tesser; Neto; Campos, 2010).

De maneira semelhante, Alvarez *et al.* (2002) colocam que incentivar o uso de tratamentos não farmacológicos alternativos e eficazes; fortalecer a rede de apoio social; diminuir a pressão do cuidado; realizar ações de educação em saúde para a população e promover a conscientização dos médicos sobre as indicações corretas para o uso dos psicofármacos, buscando a não patologização dos problemas da vida cotidiana, são aspectos influentes na diminuição da prescrição dessa classe medicamentosa por médicos da APS e conseqüente na desmedicalização, defendida por Illich e por ele considerada como uma estratégia de “diminuição do poder médico e da dependência das pessoas às tecnologias de saúde” (Illich, 1975, p. 28).

1M5 coloca a desprescrição como elemento importante para evitar a medicalização dos problemas de SM, e dentro de sua prática clínica, no cotidiano do serviço tenta incorporar essa estratégia. A desprescrição como uma alternativa à medicalização é reforçada por Silva e Padilha (2022), e pelo próprio Ministério da Saúde, que em seu livro “Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias” (Brasil, 2019d) onde recomenda a elaboração de diretrizes de desprescrição, conciliação e redução do uso de psicofármacos para tal.

E também uma coisa com relação à hipermedicalização, eu acho que discutir em consultas também a desprescrição, né? É difícil, existem algumas técnicas e até alguns instrumentos que a gente pode utilizar, mas é algo que eu tento trazer isso. Toda consulta com paciente, eu sempre abro esse espaço pra conversar sobre desprescrição e incentivar a desprescrição, oferecendo alternativas, né? Porque, é, eu acho que 90% do sofrimento em APS de saúde mental não precisa de medicação, assim. Então, com relação à

medicalização, acho que uma coisa que costumo fazer é trabalhar essa questão da desprescrição também. 1M5

Nessa mesma seara, 2E5 reforça a importância da reabilitação psicossocial, e de ampliação dos serviços com esse prisma.

E acho que por fim, é, investimento pra ampliação dos serviços, mas serviços que possam estar voltados aí efetivamente pra uma reintegração, pra novas inserções, pra geração de renda, cooperativas, por exemplo, e de reabilitação psicossocial. 2E5

O processo de reabilitação psicossocial, inspirado na experiência triestina de Basaglia, pressupõe novas formas de inserção no mundo, a partir do exercício de cidadania e da criação de alternativas concretas de geração de renda para subsídio das condições materiais de existência de pessoas em sofrimento psíquico (Martins, 2019). Nesse contexto, nacionalmente, a portaria nº 132, de 26 de Janeiro de 2012, institui os critérios e parâmetros de incentivo financeiro para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS, o qual constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2012a). Complementarmente, a Política Nacional da Economia Solidária também coloca os usuários do sistema de saúde mental como um dos segmentos populacionais com prioridade na inclusão social por meio do trabalho e obtenção de renda (Brasil, 2013b). Nesse sentido, Martins (2019, p. 96) aponta para as “contribuições da economia solidária no processo de ressignificação do trabalho, e seu potencial emancipatório e de resistência em defesa da reforma psiquiátrica”, na esfera da atenção psicossocial. Assim sendo, essas iniciativas governamentais, se aproximam em grande medida das sugestões realizadas por 2E5.

#### Práticas grupais

A criação e desenvolvimento de práticas grupais teve um papel de centralidade no discurso dos participantes. Para eles, os grupos se apresentam como uma aposta possível para potencializar o cuidado ofertado e aproximar a comunidade do serviço de saúde, fortalecendo o protagonismo dos usuários.

essa proposta de grupos, eu acho uma ferramenta muito potente pra comunidade. Eu gosto muito de trabalhar mais em grupo, com uma questão mais... Tem mais impacto cultural realmente, assim, a gente tá conseguindo tá envolvendo, né, a própria comunidade, os usuários... 2P3

Grupo de renda de bilro, é, ensinar a fazer, então aproveitar, é, reforçando a questão da tradição e tal, uma questão cultural e era uma... Um, um grupo interessante que várias pessoas foram participar lá. Então era um grupo bem aberto e grupos gerenciados pela própria comunidade, por isso que era legal assim. Eram grupos tocados pela comunidade. 3M2

2P3 e 3M2 apontam para a potencialidade dos grupos em retomar a cultura local e enfatizam o caráter de envolvimento da comunidade nesse tipo de prática.

O trabalho em grupo no contexto comunitário, representa a marca do coletivo e compreende o entendimento de suas dinâmicas inseridas em um contexto sócio-histórico e cultural. As práticas grupais na APS deveriam ser sensíveis ao vocabulário, à linguagem e à cultura de seus membros, buscado inserir as iniciativas que ocorrem no território entre as atividades ali propostas, valorizando o contexto social e as ações e personagens que compõem a comunidade (Rasera; Rocha, 2010; Secco, 2018).

Da mesma forma, 1M4 complementa:

que uma coisa que foi falada aqui e que é possível de ser feita são [sic] a criação de grupos, né? E trazer a comunidade pra ocupar o espaço da Atenção Primária, né? Minha realidade é a Atenção Primária, né? E pra lembrá-los que aquele espaço é deles, né? Trazendo essa autonomia, tirando essa posição muito vertical, porque no grupo, o facilitador do grupo acaba não ficando numa posição de controle, muito pelo contrário. A ideia do grupo é que o grupo que dê as ordens, né? Que dite as regras, então também na minha realidade aqui, o que eu percebia muito é que eu atendia muito, atendo muitas mulheres com sofrimento psíquico, dando medicação, né 1M4

1M4 coloca a prática dos grupos como um contraponto para a medicalização dos PSM, e uma possibilidade de mudança de posição na relação com usuário, saindo de uma abordagem verticalizada para uma abordagem relacional e compartilhada.

Nesse sentido, os grupos podem operar um descentramento em relação à doença, ampliando as formas de entendimento e significação do processo saúde e doença, possibilitando novas formas lidar com o adoecimento e o sofrimento associado (Neto; Kind, 2010; Rasera; Rocha, 2010). Ou seja, quando construídos coletivamente, “podem ser inclusivos e proporcionar um espaço legítimo de fala, de produção de sentidos, vida, saúde e subjetividade, evidenciando que esse tipo de prática pode ser um dispositivo de cuidado, capaz de consolidar um processo de produção de saúde” (Secco, 2018, p. 6).

A fala da 1M4 também encontra ressonância na de 2E5, que coloca sobre a importância da co-responsabilização com os usuários. De maneira análoga, Secco (2018, p. 114) enfatiza no contexto de práticas grupais na APS, a importância do protagonismo dos usuários “nos processos de tomada de decisão sobre as ações de saúde voltadas a eles

ou a sua comunidade, numa perspectiva de co-responsabilização e vínculo com a equipe de saúde”.

Além disso, de acordo com Camargo-Borges e Mishima (2009, p. 38):

ao se colocar numa relação mais horizontalizada com o grupo, implicando-o também no processo de escolha das atividades coletivas na Unidade, o profissional de saúde dá liberdade e legitimação para o grupo expressar suas preferências, tornando-o relacionalmente responsável nessa tarefa. Desta forma, vai criando neste grupo uma identidade que dá a ideia metafórica quase de um conselho comunitário deliberativo, com poder de voz e voto. Ao investir o grupo como um espaço para discussão e co-construção das atividades coletivas da Unidade, ativamente está se construindo um grupo com maior participação e vínculo, assim como uma equipe mais próxima da comunidade.

Os participantes continuam:

E é isso, assim, então eu acho que possibilitar esse encontro, né? Trazer essas pessoas pra ocuparem o espaço do espaço do Centro de Saúde, se sentirem autônomas, ditarem as regras e, quem sabe um dia, alguém tocar o grupo, né? Sem ser um profissional. Envolver, inclusive, envolver outros profissionais do Centro de Saúde, que eu já, a gente convocou pra que não sejam médicos que facilitem o grupo, que sejam outros profissionais também. É, esse envolvimento de todos e da comunidade, eu acho que é potente. 1M4

Agora, eu acredito que, principalmente, os grupos, é, de bem viver, principalmente centrado não na questão do adoecimento, da doença, mas sim do bem viver, né? É, sabe, mostrar pras pessoas as potencialidades, da gente trazer pessoas que tragam ideias legais, assim, de bem viver. Eu, muito, frequentemente, eu trabalhei com alguns grupos, onde tinham pessoas que nunca tinham saído da sua cidade, que nunca tinham visto o mar e etc., e aí você, às vezes com, sabe, com algumas, é, iniciativas, assim, você conseguia, às vezes, um ônibus pra passar e transformar, um dia transformador na vida de muitas pessoas, com coisas relativamente simples. [...] E é uma coisa, assim, é uma prática coletiva muito legal e que dá para ser feita, né? 2M7

Mas tinha outros impactos sociais, assim, que as pessoas, elas começaram a estabelecer laços comunitários entre eles. Então, assim, ampliou a rede de amizade, ampliou, é, é, a rede emocional também, né? 2P3

Para além da construção coletiva e envolvimento de diversos atores sociais, os participantes também apontam para a perspectiva de transformação relacional e nos modos de vida que os grupos podem proporcionar. Neto e Kind (2010) reforçam que as práticas grupais trazem à tona outras dimensões de vida, sendo um potencial facilitador de mudanças nos modos de viver dos usuários. Além disso também são estratégias importantes capazes de criar espaços de sociabilidade, onde os usuários desenvolvem formas de estabelecer laços de amizade, solidariedade e apoio emocional (Onocko-Campo; Gama, 2013; Secco, 2018; Secco; Kostulski; Arpini, 2022).

Por outro lado, os participantes também problematizaram a forma de construção e condução dos grupos e apontaram algumas fragilidades associadas.

2E6 destaca a importância de ter uma retaguarda para acolher a demanda espontânea no momento da realização dos grupos, trazendo de maneira indireta o planejamento como parte intrínseca do processo.

era um grupo muito bacana, mas e aí? Quem é que atendia o pessoal que chegava no posto no horário desse, desse grupo? Então, assim, o meu papel, naquela época, era justamente ficar na retaguarda pra que o grupo funcionasse. Então, assim, eu atendia os pacientes que chegavam no horário do grupo, né, de demanda espontânea, enfim, pra tu também não fechar acesso, né? 2E6

Nesse sentido Neto e Kind (2010) também problematizam a pressão assistencial, apontando-a como um dificultador para o desenvolvimento adequado de práticas grupais na APS, visto que os profissionais precisam dar conta de diversas demandas concomitantemente, tendo que atender além das demandas programadas, todas as demandas agudas e espontâneas que chegam até a unidade.

Pra mim, o ponto negativo dos grupos é justamente esse: o tempo que se gasta de profissional, né, e que às vezes não é tão efetivo, né? Por aderência ou por mau planejamento, então isso é algo que tem que ser bem estruturado, assim, né? Quando você decide optar por formar um grupo, né? Fazer um estudo mesmo da comunidade pra saber se é um grupo que seria interessante, efetivo, é, entraria de encontro com as necessidades da comunidade, né? Porque tem vários modelos, né? Então teria que ser direcionado, eu também tenho essa perspectiva. 1M5

essa questão de grupo, que eu gosto muito de grupo e, a partir daí, a gente tem que pensar realmente, né? Eu vou montar, sei lá, um grupo para pessoas com diabetes. E aí? A comunidade quer esse grupo? A comunidade vai participar desse grupo? Surgiu da comunidade ou surgiu do profissional? Pra daí, apesar de ter esse conceito horizontal, acabar levando de cima pra baixo, assim. Então, é, eu gosto muito de grupo por causa realmente do que a 1M4 comentou, de ver realmente a comunidade interagindo, tomando posse daquele espaço e se entendendo como construtor daquele grupo, entendendo como lideranças, e isso realmente foge das fórmulas prontas. Foge daquilo de “vamos montar um grupo, então vou fazer assim, assim, assim, assim”. Isso tem que primeiro partir desse conhecimento da comunidade que eu tô inserido ... 1E3

1M5 e 1E3 apontam novamente para a importância do planejamento estratégico para um bom resultado do grupo, enfatizando a importância da construção coletiva e comunitária desse espaço. Sobre esse aspecto, cabe destacar a importância de:

“considerar a lógica de funcionamento da dinâmica comunitária, e não apenas levar em consideração a lógica de funcionamento dos serviços. Isto é, faz-se necessário conciliar e integrar os objetivos da ESF à dinâmica comunitária na qual se insere, pois os modos e as condições de vida das pessoas da comunidade devem ser considerados e

trabalhados como elementos favoráveis ao processo de formação do grupo” (Secco; Kostulski; Arpini, 2022, p. 94).

Os participantes apontam também para a falta de espaços para realizar práticas grupais, especialmente após a pandemia, onde os espaços acabaram sendo utilizados para outras finalidades, além do fato de que nesse período de isolamento social, as práticas grupais ficaram suspensas e acabaram se “perdendo” na sequência, conforme relato:

Já 3E1 descreve:

acho que a comunidade tá se perdendo um pouco de ter acesso a locais assim pra fazer grupo, né? [...] na Lagoa a gente não tem mais acesso a lugares pra fazer grupo, né, então, assim, é bem complicado porque no CS a gente transformou o auditório em sala de sintomáticos, então a gente não tem um local assim pra, é, pra fazer então a gente tá com bastante dificuldade 3E1

... um grupo assim bem legal que é o Aconchego, então... Faziam artesanato, elas mesmo fazem artesanato e depois da pandemia, enfim, né, se perdeu um pouco. [...] muitas pessoas com, com questões ansiedade e depressão, elas, enfim, outras situações de saúde mental, elas iam nesse grupo e, e participavam e tem alguns outros de educação física também. Isso ajudava bastante pela questão social, assim também, né? Pra trabalhar toda a questão mais, ahn, não só focado na doença, né? Então, com a diminuição desses grupos, a gente, enfim, não teve grupo, né? Então acho que teve toda uma piora no, no estado da saúde mental. 3E1

3E1 além de sinalizar para as mudanças ocorridas no contexto pandêmico com a suspensão dos grupos, sinaliza para os impactos na SM associados a essa interrupção.

Cabe destacar que a pandemia marcou de maneira permanente usuários e trabalhadores, alterando a dinâmica do cuidado, do trabalho, do acesso entre outros no período de sua vigência. Aos poucos os serviços estão reestruturando suas rotinas e retomando atividades que haviam sido suspensas. Desse modo, considerando as repercussões da pandemia, esse tópico já foi trabalhado nos desafios, apontados anteriormente.

#### Terapia comunitária

Ainda no campo das práticas grupais, outra proposta bastante elogiada e apontada pelos participantes foi a terapia comunitária.

1M5 coloca a terapia comunitária como uma das experiências exitosas em SM em que os problemas e soluções são discutidos entre os pares.

eu acho que o legal dos grupos também é que tem uma orientação comunitária, né? As pessoas conseguem perceber resoluções de problemas, é, através da sua realidade e entre pares. Eu acho que isso que é o legal mesmo, que isso, na Terapia Comunitária, trabalha bastante, né? E você, é uma tecnologia leve, né? Aplicável. Então, a experiência que eu tive mais próximo foi essa mesmo, que você questionou sobre quais experiências mais próximas e exitosas nós tivemos, né? Então foi essa aí e eu percebia isso. 1M5

Da mesma forma, 3M2 coloca que a experiência de terapia comunitária se coloca como uma experiência exitosa e possível de ser implementada na APS: “A terapia comunitária seria uma delas, tá?”

2M4 também sinaliza para a experiência do projeto Quatro Varas, do Adalberto Barreto, pioneiro da terapia comunitária no Brasil, como uma potência em termos de cuidado.

Me passou aqui na cabeça a questão do projeto, da experiência do projeto Quatro Varas, né, que é do Adalberto Barreto, da Terapia Comunitária, lá no Ceará. [...] E o interessante da roda, é muito potente porque, é, ela visa resgatar justamente, né, a cultura, as potencialidades do território, dos indivíduos ali, né? 2M4

na minha residência, eu tive uma experiência, que a minha preceptora era terapeuta comunitária. Então a gente fazia roda de terapia comunitária, assim, era uma abordagem bem interessante, pensando no cuidado da comunidade, né? Não era um cuidado mais individualizado, mas existia e existe muitas potencialidades e força nisso, então eu acho que não aquele grupo que a gente aprende, mas, é, grupos direcionados pra saúde mental, acho que, que tem um impacto relevante. 1M5

Eu gosto bastante da Terapia Comunitária que eu tive a oportunidade de passar no meu R2 e o interessante é que não precisa ser um profissional de nível superior, né, apesar de ser cara a formação, né? Mas tem alguns, tem alguns institutos que fornecem alguma, um tipo de informação mais acessível. 1M5

1M5 conta sobre sua experiência com terapia comunitária na época da residência, explicando que não é necessário ser um profissional de nível superior para conduzir o processo, apesar de questionar a incoerência entre a perspectiva popular e o valor da formação, o que também é trazido por 1M2 que problematiza o elitismo associado a essa dualidade.

Então, em um cenário ideal, pensando parte dos profissionais da Atenção Primária, com formação em Terapia Comunitária, por exemplo, né? Com a ACS fazendo essa abordagem em conjunto e que daí eu tenho várias críticas à formação da Terapia Comunitária por conta disso, que ela tem uma perspectiva popular, só que ela é elitizada porque a formação, ela é muito cara. Mas, enfim, isso é outro debate. É, então acho, pensando a questão da Terapia Comunitária, com o acesso puxando isso, tendo formação, treinamento, é, um treinamento vinculado a algumas abordagens... Acho que pra médico e enfermeiro, né? De abordagens breves da TCC, adequadas ao cenário da Atenção Primária, que nem existe em alguns, em alguns outros locais, né? Então, um modelo de treinamento que tem de uma galera da Austrália e o de uma outra galera na, nos Estados

Unidos, que é daqueles materiais que eu passei pra vocês. Que eu acho que é bem interessante. É... Isso pensando mais pra transtornos mentais comuns. Pra transtornos mentais graves, o que mais? 1M2

A Terapia Comunitária (TC), criada pelo psiquiatra e professor Dr. Adalberto Barreto em Fortaleza, por meio do projeto Quatro Varas, é uma experiência coletiva brasileira, que vem sendo difundida tanto nacional quanto internacionalmente (Quinderé; Jorge, 2010; Silva *et al.*, 2020). A TC se caracteriza como uma intervenção psicossocial avançada (Brasil, 2013a) e uma política pública potencialmente custo-efetiva, que necessita de poucos recursos financeiros e humanos para sua implementação (Silva *et al.*, 2020). Apresenta-se como uma abordagem efetiva e promissora no campo da saúde mental, capaz de otimizar as ações da RAPS, diminuindo as filas de espera por atendimentos individuais em SM (Ferreira Filha; Lazarte; Barreto, 2015; Silva *et al.*, 2020). Isso pode ser observado no estudo realizado em parceria entre o UFC/SENAD/MISMEC-CE, onde por meio de aplicação de 12 mil questionários, buscou-se avaliar o impacto da TC na vida e saúde de seus participantes. Os resultados apontaram que quase 90% das dificuldades e sofrimentos compartilhados nas rodas de TC encontraram solução na própria TC, sendo necessário encaminhamento de apenas 11,5 % dos casos para serviços de SM vinculados à RAPS (Barreto, 2010; Silva *et al.*, 2020).

A TC se insere no SUS oficialmente em 2017, a partir da ampliação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Brasil, 2017c), sendo a quarta maior prática ofertada pelas equipes da APS, atrás apenas das práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa, do uso de plantas medicinais e fitoterapia e da acupuntura (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018). Tem uma metodologia própria, que se inicia com o acolhimento, seguido da escolha da inquietação, contextualização, partilha da experiência e finalização (Barreto, 2010). O processo de formação é vinculado à Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM) e conta com cerca de 240 horas, divididas em módulos teóricos, práticos e mistos chamados intervisão. Pode ser realizado por qualquer pessoa acima de 18 anos, sem exigência de formação acadêmica específica (Silva *et al.*, 2020).

Desse modo, a possibilidade de acolhimento do sofrimento psíquico a partir de uma perspectiva grupal e comunitária, com utilização de recursos culturais e saberes de vida produzidos pelas experiências, parece resgatar as potencialidades, impactando no

processo de autoconhecimento e transformação pessoal dos indivíduos que participam da TC (Silva *et al.*, 2020).

#### Intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas

As intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas aparecem nas normativas e manuais orientativos da prática clínica no contexto da APS (Brasil, 2013a; Duncan *et al.*, 2013; Gusso; Lopes; Dias, 2019) e são apresentadas pelos participantes como ferramentas resolutivas e possíveis de serem utilizadas e adaptadas ao contexto assistencial como alternativas ao processo de medicalização da vida.

A gente precisa de pequenas ferramentas de, principalmente, de intervenção breve pra ampliar a questão desse cuidado. E essas ferramentas eu entendo que a gente precisa avançar na construção delas pro médico de família e pro enfermeiro de família também, né? [...] ... que você tem, por exemplo, centros de atenção secundária da psico que fazem treinamento pra Atenção Primária, principalmente, baseado nessas intervenções, né? É, que é, que esse, que esses, a psico vai ter várias linhas, mas o que a gente consegue absorver com maior facilidade dentro da Atenção Primária e colocar em prática com um pouco maior de facilidade, sem ter o mesmo repertório da, da psicologia, né? É, então eu entendo como ponto essencial a gente avançar na construção dessas ferramentas. 1M2

assim que eu utilizo na minha prática, é a intervenção breve, que eu acho que tem um, uma resolutividade bem interessante assim. A gente consegue, é, manejar bastante coisa, terapia de resolução de problemas [...] que pode fazer consultas de 10 minutos semanais, assim, trabalhando questões. Assim, eu gosto e tento utilizar, né? E vejo uma certa resolutividade também. E, é, eu acho que isso impactaria até também na, na, na hipermedicalização da vida, né, das pessoas que vão em busca só de remédio, essas alternativas é [sic] uma via possível. 1M5

Conforme abordado pelos participantes acima, e já referenciado no capítulo 3.5.1, algumas intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas apresentam-se como importantes ferramentas alternativas à farmacologia, com potencial para diminuir a hipermedicalização e auxiliar no manejo dos casos de SM na APS.

Nesse contexto, conforme apontado por 1M5 a terapia de resolução de problemas aparece como uma ferramenta promissora e eficaz no tratamento de problemas de SM na APS, especialmente no tratamento de depressão e ansiedade por médicos generalistas, sendo uma das intervenções que melhor foi examinada e adaptada ao contexto dos cuidados primários (Bell; Zurilla, 2009; Cape *et al.*, 2010; Cuijpers *et al.*, 2019a; Gureje *et al.*, 2019; Huibers *et al.*, 2007; Munetsi *et al.*, 2018; Ola; Atilola, 2019; Zhang *et al.*, 2018, 2019).

Ressalta-se, entretanto, a necessidade e importância da capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das habilidades necessárias para desempenhar e operacionalizar esse tipo de cuidado, de modo a ampliar a aplicabilidade e auxiliar na instrumentalização e familiaridade dos profissionais com as respectivas intervenções através das equipes de apoio matricial, vinculadas ao NASF que podem oferecer suporte, orientação e apoio às equipes de saúde da família.

#### Práticas integrativas e complementares

As práticas integrativas e complementares também apareceram como contraponto à medicalização social com frequência no discurso dos participantes, e mostraram-se com estratégias possíveis de cuidado no campo da SM, conforme relatos a seguir.

Falando um pouquinho de alternativas né, a gente tá tentando ali na nossa unidade também trabalhar um pouco outras medidas alternativas, não alternativas, mas complementares para ajudar muito na questão de saúde mental. 2E5

... eu venho de uma experiência, de um trabalho, ahn, de um serviço de referência de práticas integrativas e complementares em Porto Alegre e lá, a gente atendia muitas, muitas pessoas referenciadas da rede, é, com, a principal queixa, a questão de saúde mental... 2E3

Quer dizer, eu fico pensando, óbvio, se não é possível eu mudar a sociedade, melhorar as condições de trabalho, enfim, se eu desenvolvesse políticas, né, de locais com práticas integrativas, de dança, de arte, de cultura, é, regionalizadas, né? Eu poderia trabalhar saúde mental também da população. 2M1

3M5 continua dizendo que existem PICs possíveis e já implementadas na realidade de Florianópolis como acupuntura e auriculoterapia, relatando uma situação onde lançou mão deste recurso, com bons resultados. Também sinaliza para a importância do interesse e investimento da gestão nesse tipo de prática, de forma a dar subsídios para sua implementação.

E acho que tem algumas outras coisas de práticas integrativas que a gente precisa, é, a gente pode utilizar, né? [...] A própria aurículo, acupuntura, né, enfim, a gente às vezes vai fazendo um misto de coisas, né? Mas eu lembro de uma situação que me marcou bastante de uma, uma paciente que eu tinha, é, bipolar que, que entrou numa fase depressiva que não melhorava... mas em outros momentos que ela não tava bem, eu também acabei lançando mão da acupuntura e parecia que pra ela tinha um efeito bom, assim, né? Então eu vejo bastante potencialidade nessas práticas integrativas também. 3M5

A gente tem, por exemplo, nas práticas integrativas, tem o investimento, querendo ou não, né, da Prefeitura, da Secretaria Municipal... Então a gente tem possibilidade de ofertar acupuntura, tem possibilidade, né, de fazer aurículo na rede.

Então essas coisas, por exemplo, são coisas que tem havido investimento nesse sentido da Gestão, já há alguns anos, e a gente vê isso como uma realidade mais frequente. 3M5

Em Florianópolis, a gestão municipal vem fazendo movimentos para a integração das PICs na APS desde 2010, com diversas iniciativas incluindo a criação de programas municipais como o de Agricultura Urbana, o Cultiva Floripa, a rede Semear, e a participação em editais de financiamento de PICs no âmbito do SUS (Feijó *et al.*, 2021). Como resultado dessa articulação, diversas capacitações foram ofertadas, além da publicação de materiais didáticos para o uso dos profissionais da APS. Como exemplos temos a publicação do Guia de auriculoterapia para ansiedade baseado em evidências (UFSC, 2020), o Guia de auriculoterapia para depressão baseado em evidências e (UFSC, 2023) e o Guia de plantas medicinais de Florianópolis, que orienta os profissionais da APS sobre o uso dessas plantas para variadas queixas e sintomatologias, incluindo PSM (Florianópolis, 2019).

Em revisão narrativa de literatura sobre PICs na APS brasileira, Dalmolin e Heidemann (2017) corroboram a importância de investimento nos processos formativos de profissionais da saúde, visando a introdução de conhecimentos e habilidades relacionadas às PICs, assim como o estímulo a promoção de saúde, humanização e integralidade do cuidado ofertado aos usuários. Da mesma forma, Tesser, Sousa e Nascimento (2018) defendem que o ensino e a pesquisa, assim como a formação e capacitação profissional para a prática das PICs sejam incentivados pelos ministérios da Saúde e Educação, inclusive financeiramente, a fim de estimular estratégias de institucionalização das PICs na APS.

2E3 corrobora também a importância da vontade política e da organização da rede para operacionalização dessas práticas nos serviços, que parecem ser custo-efetivas e resolutivas e vem sendo relatadas no campo científico.

Então, eu acho que eu sou suspeita pra falar das práticas integrativas porque eu vivenciei esse, esse, esse, é, retorno pra população e acho que seria um dos caminhos, com um custo não muito caro e uma coisa que realmente basta uma vontade, né, uma vontade política de fazer e a organização realmente da rede para dar conta disso. 2E3

Ahn, tinha também trabalho com homeopatia, o trabalho com fitoterápicos, com florais, com acupuntura, com Reiki, com yoga. A prática da yoga também tinha uma adesão muito boa, assim, muito grande, né? ..... E a gente vê, ahn, que resolve muito, é muito resolutivo na prática, a gente tem uma adesão muito grande da população, trabalhamos muito com controle social, então a gente sabe que a população tem informação e conhecimento sobre as práticas integrativas e complementares e buscam

isso nos serviços. .... Porque nós sabíamos que dava certo, tivemos vários estudos e pesquisas mostrando, ahn, o resultado da qualidade de vida pra população, né? ... 2E3

Conforme pode-se observar com maior detalhamento no subcapítulo sobre PICs (3.5.3), localizado junto ao referencial teórico desta tese, as PICs vêm apresentando resultados importantes e promissores no campo da SM.

Além disso, 2M1 também aponta as PICs como potenciais promotoras de saúde, e não apenas como intervenções de caráter terapêutico.

na minha residência, no meu estágio, eu fui em Recife e conheci uma experiência muito interessante em um centro de práticas integrativas. Nesse centro de práticas integrativas, existiam várias atividades, não era CAPS, não era nada, mas existiam várias atividades com as pessoas, com o fim de, é, não terapêutico em específico, mas com fim de integrar a população que fosse lá pra danças de roda, é, massagem, é, oficinas de arte. Quer dizer, diferente do CAPS, que ele é orientado pra pessoas que já estão em sofrimento que buscam o serviço, era um serviço ofertado pra população geral que tivesse querendo uma prática integrativa, né, que tivesse querendo, é... E tinha lá plantas medicinais, tinha... Ia todo mundo. Quer dizer, era um local que as pessoas podiam frequentar. 2M1

Dados da literatura apontam para a preponderância de uma perspectiva curativista relacionada às PICs, em que sua utilização costuma ser majoritariamente como recurso terapêutico para tratamento e reabilitação, pouco direcionada ao campo da prevenção e promoção da saúde (Dalmolin; Heidemann, 2017). Entretanto, as PICs podem estar associadas à promoção da saúde (PS) visto que várias de suas características, valores associados e princípios subjacentes convergem, acrescentando complexidade à práxis (Franco De Sá; Nogueira; Guerra, 2019), na medida em que direcionadas à integralidade, apresentam um olhar ampliado e multidimensional sobre o processo de saúde doença, resgatando a autonomia, buscando reflexões sobre as vivências de adoecimento, cuidado e cura, além de poderem ser “utilizadas para a redução de danos decorrentes do uso abusivo de medicamentos e da conseqüente medicalização da vida” (Dalmolin; Heidemann, 2020, p. 8).

Sobre esse aspecto Tesser e Dallegrave (2020, p. 1) colocam que o exercício das PICs pode apresentar potencial desmedicalizante “devido a maior flexibilidade interpretativa, contextualização, singularização e participação do usuário no cuidado, relação clínica mais próxima, valores e tradições de algumas PICS, diversidade de intervenções e seu potencial de enriquecimento do autocuidado”. Contudo, dependendo do praticante também pode apresentar potencial medicalizante, quando se desconsidera os determinantes sociais da saúde e contexto macrossocial, enfatizando a

responsabilidade individual pelos comportamentos e cuidados à saúde, com postura culpabilizante e em convergência com o neoliberalismo vigente.

Por fim, estudo buscando elencar as contribuições das PICs, em especial das práticas corporais e meditativas à PS na APS de município brasileiro, apontou que essas abordagens impactaram na SM de seus praticantes, melhorando sintomas de ansiedade e depressão, assim como memória, equilíbrio e dores articulares, além de proporcionar favorecimento da autonomia, autoconhecimento e acesso a bens culturais e espaços de cidadania (Galvanese; Barros; D'Oliveira, 2017)

Além das PICs já mencionadas, 3E1 salienta a possibilidade do uso de hortas comunitárias como promotoras de saúde, incluindo SM, ainda que na rede de Florianópolis ainda esteja incipientemente implementada, e sendo desenvolvida especialmente pelos trabalhadores de saúde.

Acho que uma outra coisa também são as hortas, né? Também aqui, assim, acho que eu já vi outras experiências em outros locais, mas aqui em Florianópolis acaba que ficando a horta muito mais pros profissionais cuidarem, mas em outros locais, outros estados assim, eu já vi muito os, os, o próprio, a própria comunidade cuidando das hortas, né? ... isso também eu acho que é bem interessante assim pra ajudar, é, em Saúde Mental...  
3E1

A horticultura terapia, ainda que não faça parte oficialmente das tipologias que compõe a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) segue os mesmos princípios que sustentam essas práticas (Souza; Miranda, 2017), além de apresentar estreita relação com as diretrizes e princípios da Promoção de Saúde, associados à criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, resgate de práticas e hábitos tradicionais bem como reorientação dos serviços (Costa *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a horticultura terapêutica também promove a discussão sobre alimentação saudável, podendo ampliar as estratégias de educação alimentar e nutricional, favorecendo o consumo de hortaliças bem como a variedade, o acesso e fornecimento de alimentos, se aproximando assim das práticas preconizadas pelas Políticas Públicas e Sociais em Segurança Alimentar e Nutricional (SANs) e pelo Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Brasil, 2012; Costa *et al.*, 2015; Söderback; Söderström; Schäländer, 2004). Pode ser também uma intervenção potente no cuidado e tratamento de problemas de SM, capaz de propiciar bem estar e satisfação com a vida, alívio no estresse, melhora do sofrimento psíquico, além de desestimular o uso

excessivo de psicofármacos (Costa *et al.*, 2015; De Luca *et al.*, 2021; Mattos; Rocha; Rodrigues, 2018; Söderback; Söderström; Schäländer, 2004).

A horticultura terapêutica ou hortoterapia pode ser entendida como uma modalidade terapêutica, na qual o próprio processo ligado ao cultivo de plantas, pomar, jardim e hortas em geral é considerado terapêutico. No campo dos cuidados primários à saúde, a hortoterapia pode ser guiada por terapeuta horticultor, ou profissional de saúde, sendo capaz de proporcionar a partir do contato com a natureza, benefícios para a saúde, aumentando a valorização e interação pessoal, o protagonismo e autonomia dos usuários, a consciência ambiental e social, bem como o fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais (De Luca *et al.*, 2021; Mattos; Rocha; Rodrigues, 2018; Souza; Miranda, 2017; Yoneshige, 2017).

Assim sendo, para que a horticultura terapêutica possa ser implementada de forma satisfatória nos serviços de saúde, é imprescindível qualificação dos profissionais para incorporação desta outra racionalidade terapêutica à prática e visão biomédica, além de da vontade política e incentivo da gestão para a ampliação dos recursos para manutenção e assistência técnica das hortas (Costa *et al.*, 2015).

#### Acompanhante terapêutico

Outra modalidade de cuidado possível, mas ainda não disponível na rede de Florianópolis, apenas em projetos pontuais vinculados às universidades, referida por IP1 é o acompanhante terapêutico (AT).

E eu me lembrei de uma modalidade clínica que é muito importante dentro da saúde mental que a gente não tem aqui, não tem na rede, né? Que é o Acompanhamento Terapêutico, não sei se vocês conhecem. Mas o AT, né? A gente chama pela sigla. O AT é uma modalidade clínica de Clínica na Rua também ... E aí, me lembrando do AT, eu pensei que essa é uma utopia minha, né? De a gente conseguir atender e manejar os casos graves de saúde mental na Atenção Primária. IP1

E aí Acompanhamento Terapêutico a gente tem várias experiências, não tanto vinculadas à rede pública, muito mais as universidades. Aqui em Florianópolis, o Departamento de Psicologia da UFSC tem um Projeto de Extensão de AT que atende aos usuários da rede pública via encaminhamento da rede, né? Mas é isso, é uma extensão universitária e não tem a garantia do que seria um cargo dentro da rede, né? Isso aparece nas nossas discussões aqui do campo da saúde mental, de que seria importante ter esse profissional, que aí é um profissional... A exemplo, do redutor de danos, né? Que também é de nível médio, não é necessariamente uma categoria profissional, é um ofício, né? IP1

A emergência do AT no cenário nacional, se deu num contexto de críticas às estruturas manicomiais, encabeçadas pelo movimento antimanicomial e pela reforma psiquiátrica (Silva; Silva, 2006). Diferentemente dos enquadres tradicionais de settings terapêuticos, o AT sai do consultório e vai para a rua, sendo construído a partir de experimentações, ocupações e circulações pelo espaço urbano (Gruska; Dimenstein, 2015).

Nesse sentido, conforme IP1 coloca, o AT pode ser considerado um dispositivo clínico, que adquire função terapêutica partir da própria relação entre o acompanhante e o acompanhado e da circulação conjunta destes pelo tecido urbano. Em seu percurso comunitário com o usuário, o profissional AT, transpassa as barreiras institucionais, participando das problemáticas associadas ao contexto de vida diário do usuário, auxiliando na construção e desenvolvimento de intervenções e estratégias de enfrentamento criativas (Ferro *et al.*, 2018; Gruska; Dimenstein, 2015; Ribeiro, 2009; Silva; Silva, 2006) que “possam responder de maneira resolutiva às dificuldades na relação do usuário com o seu meio comunitário” (Ferro *et al.*, 2018, p. 68)

O AT constitui-se como uma estratégia terapêutica nômade e “andarilha”, centrada nas relações e vínculos construídos entre o usuário e sua rede social (Gruska; Dimenstein, 2015) sendo orientada à indução de aberturas emancipatórias para a vida e para a produção de novos sentidos e novos modos de subjetivação (Silva; Silva, 2006). Além disso, apresenta uma dimensão reabilitadora, em que a partir do reconhecimento da alteridade, busca-se auxiliar na recuperação da autonomia e da autoestima, na melhora das habilidades sociais, funcionamento psicossocial e integração comunitária, além de fomentar o empoderamento social e político e o exercício de cidadania de seus usuários (Ferro *et al.*, 2018; Gruska; Dimenstein, 2015).

No âmbito do SUS, percebe-se que uma das principais dificuldades na prática do AT é a obtenção de recursos humanos, visto que grande parte dos programas de acompanhamento terapêutico estão vinculados às universidades por meio de estágios obrigatórios ou projetos de extensão, e não se inserem nos serviços como uma prática institucionalizada com financiamento e normatização próprios (Ferro *et al.*, 2018).

Dessa forma, considerando que o AT ainda não é reconhecido como uma atividade privativa de alguma área de conhecimento ou profissão, podendo inclusive ser realizada

por trabalhadores de nível médio, sem formação universitária (Cunha; Pio; Raccioni, 2017; Londero; Thais; Pacheco, 2006; Silva; Silva, 2006), especialmente no campo de saúde mental, os profissionais que vão realizar o AT necessitam de formação e estudos preparatórios para esta atividade clínica. Na prática, em relação a formação, esses profissionais devem ser levados a refletirem e agirem em consonância com os princípios transformadores da RP e da atenção psicossocial, considerando as características interdisciplinares e antissegregacionistas deste tipo de abordagem (Pitiá; Furegato, 2009). Em princípio, os Agentes comunitários de saúde, desde que devidamente capacitados e supervisionados poderiam realizar ações de AT junto aos usuários de suas microáreas, mas isso não tem sido explorado nem experimentado de forma registrada na APS brasileira, até onde esta pesquisa encontrou

#### Redução de danos

Semelhante ao acompanhante terapêutico, o redutor de danos e a política de redução de danos também aparece como uma proposta de cuidado extremamente potente, nos casos de dependência química. 2M1 e 1M4 descrevem experiências exitosas a partir dessa perspectiva.

citando a experiência de São Paulo, né? Da prefeitura do Haddad, do PT. Que... Trouxe que trabalhou na Cracolândia e trabalhou uma perspectiva de redução de danos com equipe multiprofissional, enfim, e aquilo teve um grande impacto na, na redução do consumo de crack por parte daquela população enquanto o programa foi desenvolvido. O que me parece que reforça que, quando o Estado tá presente, né, trazendo dignidade pras pessoas, trabalhando com equipes multiprofissionais, você tem um impacto positivo no resultado, tanto na diminuição da dependência química quanto, é, em indicadores em melhora do, das condições de saúde mental. 2M1

Eu tava na, no Centro de Saúde Maria do Socorro, que fica na Rocinha, e lá eles tinham, eles trabalham muito com grupos, eu também acho que os grupos têm uma potência muito grande. E eles tinham um grupo de redução de danos, que eram com pessoas usuárias de substâncias psicoativas e quem guiava o grupo era um morador da comunidade, ex-usuário de drogas. E eu achei aquele espaço fantástico, assim, eu estive em duas reuniões, e aí eu entendi, né, que era um morador ali da comunidade muito antigo e ele facilitava o grupo lá de redução de danos já há 7 anos. Inicialmente, esse grupo começou com uma psiquiatra da rede ali e ela, né, ele começou a se aproximar muito, foi, ele conseguiu cessar o uso de drogas e, depois que ela saiu, ele assumiu esse lugar. Acho que... Isso aproximava muito o grupo. As palavras dele eram muito potentes, com muito respeito, com muito cuidado, assim... É, não era um grupo de cessação de uso de droga, era um grupo realmente de redução de danos e isso era muito respeitado. Então... E as palavras dele, como ex-usuário de droga também, morador da comunidade, que conhecia todos ali, eu achei fantástico 1M4

Ainda que a presente tese não se dedique a trabalhar problemas de dependência química, a perspectiva de redução de danos, serve como inspiração para o cuidado em SM. Essa perspectiva tecno-assistencial baseada no conceito ampliado de saúde, propõe a produção de sujeitos mais autônomos, responsáveis por suas escolhas e pela superação de suas conflituas, ao mesmo tempo que reconhece e intervém sobre as vulnerabilidades associadas ao uso de substâncias psicoativas.

A RD aparece na caracterização do conceito da Atenção Básica (Brasil, 2017a) e pode ser pensada numa perspectiva ampliada, abrangendo ações no campo da saúde pública/coletiva e das políticas públicas que visam a prevenção dos danos antes que eles ocorram (Brasil, 2013a; Dias *et al.*, 2003).

Nesse sentido, a perspectiva de RD, pode ser entendida como uma diretriz de trabalho adotada a partir de uma perspectiva ético-política, que se contrapõe a um cuidado tutelar, disciplinador e normalizador, baseado na caridade ou vitimização do sujeito, onde a partir da autoridade profissional pretende-se ditar o que e de que forma a pessoa deve se comportar e quais as escolhas adequadas para sua vida (Brasil, 2013a; Costa, 2019; Merhy, 2007; Raupp *et al.*, 2022). Pelo contrário, a RD, na perspectiva de Bastos e Alberti (Bastos; Alberti, 2018) é subversiva, na medida que refuta esse tipo de conduta, regida por um discurso moral e prescritivo, e preconiza “um cuidado emancipatório, pautado pela ampliação dos gradientes de autonomia” (Brasil, 2013, p. 59), e pela construção de propostas terapêuticas variadas a partir dos problemas percebidos pelos sujeitos, com a valorização dos seus desejos e de suas possibilidades. Além disso a proposta de RD se propõe a auxiliar os indivíduos na percepção e avaliação de sua situação e a lidar com as consequências e de suas escolhas, a partir do uso de tecnologias relacionais centradas no reconhecimento da alteridade, no acolhimento empático e no estabelecimento de vínculo e laços de confiança entre profissional e usuário (Brasil, 2013a; Merhy, 2007; Soares *et al.*, 2020). O cenário da APS se torna um contexto favorável para a implementação de ações de RD na medida em que há proximidade com o território, e muitas vezes os redutores de danos são moradores da comunidade, lideranças locais e/ou ex-usuários por exemplo, o que favorece a identificação, aproximação e o desenvolvimento da assistência (Delbon; Da Ros; Ferreira, 2006; Inglez-Dias *et al.*, 2014; Nardi; Rigoni, 2009; Soares *et al.*, 2020), visto que estar no lugar de redutor de danos “é vivenciar a presença como recurso” (Costa, 2019, p. 971).

Cabe destacar, que apesar das potencialidades da RD como princípio e estratégia de cuidado, e de seu maior custo-efetividade quando comparada às abordagens tradicionais (Queiroz, 2001; Soares *et al.*, 2020) ela foi extinguida recentemente da nova Política Nacional sobre Drogas, a partir do decreto nº 9.761 de 2019 (Brasil, 2019b), o qual revoga o decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (Brasil, 2002), e da nova política de Saúde Mental, por meio da nota técnica (Brasil, 2019a), onde é retomado o paradigma manicomial, proibicionista e punitivista. Novamente, na contramão do preconizado e defendido pela Reforma Psiquiátrica, a abstinência volta a ocupar papel de centralidade nas políticas públicas de saúde no país, atendendo aos interesses privados, especialmente de comunidades terapêuticas, que passam a compor os dispositivos da RAPS (Brasil, 2019a; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

#### Criatividade

IP1 faz um relato detalhado e emocionante sobre uma situação vivenciada em sua prática que considera um caso exitoso dentro de sua trajetória. Seu relato demonstra a idiosincrasia dos casos em SM, articula o trabalho intersetorial e territorial e valoriza a criatividade para a potencialização dos recursos.

Com o que temos hoje, o que eu tento fazer é me dedicar a um caso por vez. Eu deixo vários, vários pra lá pra poder me dedicar a um que me demande, sei lá, atendimento todo dia. Eu já tive um caso de uma mulher em situação de rua, psicótica e em crise, bastante delírio religioso, assim... Que eu tive que fazer uma dobradinha com uma psicóloga da Assistência Social. Eu ia de manhã, ela à tarde, eu ia de manhã, ela à tarde, de manhã e à tarde. Ok, não é um contexto de uma Saúde da Família tradicional, mas, ahn, é o que é possível, o que eu pude fazer sendo psicóloga de uma equipe de Saúde da Família específica, tendo um bom trabalho intersetorial com uma outra política pública, com uma colega psicóloga, que a gente pode manejar uma crise no território, com uma mulher em situação de rua. Pra mim é um exemplo de um caso exitoso meu, sabe? Mas foi atendimento de segunda a sexta, com atendimentos de manhã e de tarde, entre eu e a outra psicóloga, só na sexta-feira que a gente foi e levou ela no CAPS. Ela ficou esse tempo todo sem ser medicada, foi atenção à crise, isso, em trabalho intersetorial, intensivo, no território e usando os recursos, os recursos do território, porque ela tava dormindo próximo de um posto policial e era uma mulher de 30 anos. Imagina, podia sofrer violências, tinha vários riscos, né? Então a gente teve que acionar, articular com aquele posto policial, aonde ela dormia e criar uma estratégia com eles de proteção a ela, né? Na hora de levar no CAPS, ela só ia se fosse deitada, então não dava de levar ela de ônibus, nem no nosso carro, resumindo... Peguei a viatura da polícia e botei ela no carro. E ela foi deitada no banco de trás pro CAPS. Então, assim, é, pra mim, o território, além de me dar mais, mais... A impressão que dá é que a gente não tem recurso nenhum, né? Mas é justamente por estar no território que atiza a minha criatividade e potencializa os recursos, né? IP1

Por fim, 1P1 coloca que é mais fácil pensar nos problemas do que nas soluções, apontando para o risco de buscar respostas e soluções prontas para os desafios enfrentados no cotidiano de trabalho na APS. A participante discorre ainda sobre a importância da criatividade nos processos de cuidado, o que também foi corroborado por 1E3 e 1M5 consecutivamente.

“E aí, sim, claro que é mais fácil apontar as dificuldades do que as soluções, mas, para além disso, pelo menos, pra mim, é difícil apontar a solução porque não tem receita pronta, né? E acho arriscado cair em receitas prontas, né? Pra mim, o que me norteia, por isso que eu digo que eu já faço o que eu posso e eu o que eu consigo, é estar de peito aberto, com a criatividade a mil, né... É, claro que eu já tenho um suporte teórico que me dá segurança de estar de peito aberto para o que der e vier, né? Mas isso é uma das coisas que eu sinto falta nos meus colegas, né? De que... É um medo do desconhecido, né? Quanto mais medo, mais fechado a pessoa fica, menos criativa, mais protocolo e receita precisa para segurança da sua prática. E esse é o contrário do que eu faço, então eu tô sempre pronta. 1P1”

“Mas eu concordo muito com que a 1P1 comentou agora, principalmente nessa questão da gente ter essa abertura, essa criatividade no nosso trabalho. Eu acho que a gente tem, é... É muito difícil de ter, porque a gente tem uma rotina que sobrecarrega muito e que força a gente entrar em sistemas e formas mais prontas, assim, que, claro que são completamente viáveis, aplicáveis e estudáveis mas que a gente, enquanto trabalhar com pessoas, a gente tem que lembrar que a criatividade também é uma parte importante. 1E3”

“E é mais nisso, sim, a gente tentando reinventar, criar, ser criativo, né? Acho que Atenção Primária é isso. Tem que ser criativo. 1M5”

O cenário da APS, dada sua complexidade, apresenta-se como espaço potencial para a expressão da criatividade, que se mostra como elemento chave presente no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Queixas vagas e difusas, multideterminadas e sem resposta as terapêuticas tradicionais, provocam os profissionais a buscar novas maneiras para o enfrentamento das dificuldades presentes nos contextos de vida dos usuários, de modo que a criatividade surge quando os profissionais desenvolvem um olhar que enxerga para além do que se apresenta como uma demanda por cuidados em saúde, extrapolando as paredes da unidade, as normativas e manuais que orientam o agir técnico, a fim de garantir o direito à saúde do usuário e a ressignificação do sentido do trabalho em saúde (Scherer; Menezes, 2016).

Desse modo, Franco (2015), discorre sobre o conceito de trabalho criativo, considerando o mesmo como um processo onde o trabalhador de saúde dentro da micropolítica do cotidiano de trabalho, tendo várias possibilidades de solução para uma demanda, opta por práticas menos prescritivas e protocolares, construindo condutas

alternativas para os problemas enfrentados, que podem apresentar efeitos e repercussões sobre a produção do cuidado e a condução dos projetos terapêuticos.

Assim, mais acima 1P1 ao contar sobre um caso em que atuou, denota que cada caso é um caso e vai demandar de maneira distinta o profissional, o que pode ser evidenciado a partir do conceito de equidade. Nesse sentido, 1E3 também coloca que é importante fazer o que é possível, dentro dos limites que a realidade impõe.

Então, são coisas que eu levo bastante desse entendimento do, de até onde eu sei, de que eu tenho limites, de que eu não vou conseguir abraçar tudo nunca, quanto mais eu tentar abraçar, mais demanda vai aparecer [...] pra minha prática, que eu gosto de levar, é que eu tenho o tamanho de um abraço e que é até aí que vai meu braço e [...] ele vai ter cada vez mais um certo limite e eu tenho que entender isso. E, a partir daí, é, realmente trabalhar com isso. [...] Então vou fazer o máximo com o que eu posso, uma coisinha de cada vez. 1E3

Da mesma forma, 2M7 atenta para necessidade de flexibilidade e protagonismo quando se fala em cuidado em SM na APS. De maneira otimista, o participante acredita que apesar das dificuldades e problemáticas enfrentadas, ainda será possível construir outras perspectivas:

Então, acho que é, é bem possível, acho que que a gente ainda, agora isso tudo, muitas vezes, exige um certo protagonismo, exige, né, um empenho, né? E, claro, e vai ter sempre um preço a pagar, né? Como foi falado, você ter que fazer certos enfrentamentos, não dá pra você, o cobertor é curto. Então, faz de um lado, puxa do outro e assim vai, né? Mas eu acho que a gente, é, pensando mais, daqui um pouco a coisa vai, daqui um pouco passa a pandemia, daqui um pouco passa esse governo, daqui um pouco, enfim, a vida continua e, se Deus quiser, nós vamos estar aí ainda, é, construindo coisas novas em um tempo melhor aí. É isso. 2M7

Para concluir, citarei aqui Mário Quintana:

Todos esses que aí estão  
Atravancando meu caminho  
Eles passarão...  
Eu passarinho!

## 6. Considerações finais

---

A presente tese objetivou discutir sobre boas práticas de cuidado em SM na APS, analisando as potências, dificuldades e características da construção dessas práticas nos serviços de saúde. Para isso, inicialmente fundamentou-se o que pode ser considerado como uma BP de cuidado em SM no contexto dos cuidados primários em saúde. Considerou-se uma BP de cuidado a prática congruente e embasada na abordagem psicossocial. Isso significa evitar a medicalização social e a transformação de sintomas em doenças crônicas ou vitalícias que exijam tratamento psicofarmacológico de longo prazo. Nessa perspectiva, os psicofármacos devem ser usados com cautela e em situações de urgência, com priorização de outras formas de tratamento não farmacológico, visando o resgate do protagonismo e autonomia do paciente a sua reconstrução subjetiva a partir da (re)construção de redes sociais mais solidárias.

Após conceituar o que seriam BP de cuidado, utilizou-se um tripé metodológico, constituído pela construção de um referencial teórico; análise das principais diretrizes clínicas para o cuidado em SM na APS brasileira e investigação empírica qualitativa com profissionais da APS, buscando um melhor entendimento do fenômeno em sua complexidade a fim de responder ao objetivo da pesquisa.

Durante o desenvolvimento do referencial teórico foram abordados aspectos referentes à hegemonia do paradigma biomédico, associado a teoria dos desequilíbrios bioquímicos na etiopatogenia dos PSM e seu tratamento consequentemente farmacocentrado, apontando algumas falácias, vieses e interesses associados a reprodução e perpetuação desse discurso, incluindo a participação da indústria farmacêutica, e do próprio meio acadêmico/científico.

Percebe-se que há uma permanente disputa narrativa de concepções sobre a natureza dos PSM, onde a Psiquiatria, com sua abordagem farmacológica e biologicista, tem ganhado destaque e visibilidade em uma sociedade que preza pelo imediatismo e que cada vez mais patologiza e medicaliza problemas estruturais e de cunho social, transformando-os em transtornos que devem ser tratados com medicamentos. Porém, isso contrasta com uma vasta quantidade de evidências, que tem apontado para efeitos modestos na redução dos sintomas de PSM leves a moderados quando comparados ao placebo, com resultados relativamente piores em longo prazo associados a cronificação,

instabilização clínica, dependência, invalidez e menos autonomia/funcionalidade social obtidos com o seu uso como tratamento preferencial, demonstrando a superestimação da eficácia dos psicotrópicos e subestimação dos danos associados ao seu uso.

Nesse sentido, apresentado como parte central do referencial teórico desta tese, foi realizado um ensaio a partir da síntese livre do livro Robert Whitaker “Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental”, acrescida de atualizações das evidências visando ancoragem científica dos argumentos do autor e sua interlocução com o campo da saúde pública no Brasil. Os resultados do ensaio corroboram a tese de Whitaker de que o uso de psicofármacos deve ser evitado, e caso seja iniciado, que seja pelo menor tempo possível a fim de evitar iatrogenias clínicas e piores resultados a longo prazo associados à cronificação, ressaltando a importância de adoção de um ecletismo terapêutico, com uso de outras estratégias terapêuticas não farmacológicas como primeira escolha para tratamento de PSM na APS.

Posteriormente realizou-se um estudo empírico bibliográfico e documental das últimas edições dos livros, guias práticos e manuais orientadores da prática clínica de cuidado em SM na APS brasileira, à luz de uma matriz conceitual analítica bipolarizada entre orientações convergentes com boas práticas de cuidado e orientações convergentes com práticas psiquiátricas discutidas à luz das evidências disponíveis. Com base na análise realizada constatou-se que as diretrizes apresentam aproximações com ambas as abordagens, e maior afinidade com a abordagem psiquiátrica. As orientações tendem a ser mais psicofarmacoterapêuticas quando escritas por psiquiatras, e quando escritas por MFC tendem a contemplar contextos psicossociais e valorizar mais abordagens não farmacológicas centradas na pessoa. Isso sugere que a ampliação da autoria das diretrizes para o cuidado em SM na APS por MFC pode favorecer um cuidado menos medicalizante e iatrogênico, instrumentalizando os profissionais de saúde para adoção de práticas menos prescritivas e mais comunitárias e emancipatórias.

Desse modo, é importante também problematizar o papel e a responsabilidade da comunidade acadêmica e médica na criação e propagação de orientações clínicas, pois parece necessário o reconhecimento científico, profissional e institucional de que as diretrizes clínicas precisam ser discutidas, atualizadas e alteradas para que se afastem do discurso e da abordagem psiquiátrica a fim de que se possa abrir espaço cognitivo para a construção de uma nova realidade tecno-assistencial na APS no país.

Como inspiração para a construção de diretrizes clínicas congruentes com BP, podemos citar a cartilha de Castro e Wenceslau (2023) intitulada “Abordando o sofrimento mental comum na atenção primária em sete passos”, onde os autores apresentam um passo a passo, composto de sete etapas para uma abordagem não farmacológica dos PSM na APS. A primeira etapa é constituída pela escuta ativa e empática; a segunda é o exame físico; a terceira é a construção de uma versão inicial, buscando identificar o motivo da consulta; a quarta etapa é a desconstrução da problemática trazida como algo que necessite ser medicalizado; a quinta etapa se constitui na resignificação, com entendimento contextualizado da problemática discutida; a sexta etapa é a resolução, onde busca-se instrumentalizar o paciente para a resolução de seus problemas incentivando sua autonomia e por fim, a última etapa seria o fechamento, onde será avaliado o processo e pactuada a necessidade de seguimento.

Cabe destacar também que este estudo bibliográfico das orientações clínicas apresentou uma análise circunscrita a algumas fontes selecionadas, deixando de analisar outras tantas que também poderiam servir de subsídio orientador para a prática clínica na APS. Contudo, os achados são importantes, visto que as referências analisadas são amplamente difundidas durante todo o processo formativo dos profissionais, sobretudo os MFC.

Como limitação semelhante no estudo empírico com profissionais da APS de Florianópolis, temos um recorte específico de profissionais, engajados com o tema da SM na APS, que participaram dos grupos focais. Suas percepções e proposições ainda que possam não representar a totalidade dos profissionais da rede, parecem ser significativas e representativas da realidade local, considerando a própria característica metodológica do grupo focal, que a partir de uma abordagem coletiva vai construindo consensos e discensos sobre as temáticas abordadas. Talvez os resultados pudessem ser diferentes caso outro método tivesse sido empregado, como entrevista individual em profundidade por exemplo, porém mostram-se congruentes com o método e objetivo proposto. Por outro lado, o viés de seleção envolvido no processo de convite para os grupos focais pode ter selecionado profissionais especialmente interessados em SM, e por isso mais críticos em relação a abordagem psiquiátrica, o que pode explicar em parte sua convergência relativa com a abordagem psicossocial. Sendo isso verdade, a realidade mais geral e disseminada do cuidado clínico realizado e da visão dos profissionais da APS local deve

ser possivelmente mais biomedicamente alinhada, o que só torna mais relevante e urgente os achados aqui discutidos e o tema das boas práticas de cuidado em SM na APS.

A análise dos grupos focais, em convergência com os dados trazidos pela literatura, revelou diversos desafios para a implementação de boas práticas de cuidado em SM na APS, que vão desde desafios macrossociais até microssociais perpassando os determinantes sociais da SM, o processo de medicalização da vida, os desafios referentes ao processo formativo, ao trabalho e articulação em rede, à gestão de pessoas e processos, as dificuldades de acesso e até dificuldades pessoais e profissionais ao lidar com SM. Apesar dessas dificuldades, os profissionais também identificam potencialidades e possibilidades de implementação de boas práticas de cuidado em SM nos serviços da APS, práticas essas que partem do pressuposto que SM é um tema transversal, interdisciplinar e intersetorial, onde o cuidado territorial e o empoderamento comunitário tem papel importante, e devem ser incentivados. Além disso, como estratégias alternativas de cuidado, os participantes elencaram o movimento diálogo aberto e *recovery*, a diáde desmedicalização e desprescrição, as práticas grupais e terapia comunitária, intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas, práticas integrativas e complementares e hortoterapia, acompanhante terapêutico, práticas de redução de danos e a própria criatividade como intervenções possíveis e congruentes com boas práticas de cuidado em SM na APS.

Nesse sentido, os participantes dos GF trataram de diversos desafios já abordados no capítulo 3.6 e deram sugestões de diversas boas práticas que também já haviam sido elencadas no capítulo 3.5, na qual buscou-se fazer uma revisão de literatura sobre intervenções não farmacológicas que poderiam ser congruentes com o conceito de BP aqui defendido. Encontrou-se diversas modalidades, várias delas com evidências positivas de eficácia e custo-efetividade, apesar das limitações e dificuldades metodológicas neste tipo de avaliação. Foram identificadas intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas, intervenções sociais, práticas integrativas e complementares, compartilhamento de tarefas, cuidado compartilhado e colaborativo, bem como intervenções utilizadas em casos graves de SM como diálogo aberto, movimento *recovery*, movimento de ouvidores de vozes e grupo GAM. Essas intervenções demonstram ótimos resultados com uso mínimo de medicação e apoio psicossocial e entre pares, e poderiam ser culturalmente adaptadas em casos leves de SM acompanhados no contexto dos cuidados primários.

Percebe-se nos profissionais participantes dos GF uma crítica importante ao processo de medicalização social, com forte desejo de avanço na implementação dessas boas práticas, que se mostram pontuais e prejudicadas em contexto pandêmico nos seus respectivos serviços. Contudo, apesar de motivação e de tentativas constantes de implementação de práticas convergentes com a abordagem psicossocial, muitas vezes esbarram nos diversos desafios já abordados, onde especialmente frente a pressão assistencial e excesso de demanda, falta de profissionais e de tempo, assim como problemas de gestão de pessoas e processos, em alguns momentos acabam por reproduzir uma lógica compartimentada de cuidado, com pouca articulação com outros dispositivos da rede, verbalizando a percepção de estarem “enxugando gelo”.

Nesse sentido, percebe-se também a importância do compartilhamento e troca de experiências entre os pares, pois o diálogo e a discussão coletiva durante os GF trouxe aos participantes a sensação de não estarem sozinhos e de poderem esperar novos modos de fazer SM na APS mais próximos e tangíveis à suas utopias particulares, reacendendo a esperança num novo e possível devir.

Além disso, observou-se também durante os GF que os participantes vivenciaram e compartilharam um misto de sentimentos, que perpassa a esperança em perceber que é possível fazer SM na APS de uma forma mais integrada, humanizada, territorializada e menos iatrogênica, congruente com o que defendemos como boas práticas, ao mesmo tempo em que se sentem angustiados frente aos desafios postos na realidade concreta do cotidiano.

Esse sentimento de angústia, também é compartilhado por mim enquanto pesquisadora, pois ainda que tenha sido possível apontar estratégias para transformar as boas práticas em um cuidado realmente possível de ser realizado, ainda não encontramos uma resposta que dê conta de responder isso de forma inequívoca, dada a complexidade e multifacetariedade do fenômeno/processo.

Existem idiosincrasias inerentes a cada realidade assistencial, e como uma das participantes sinalizou: “é difícil apontar a solução porque não tem receita pronta, né”. Nesse sentido, para poder trabalhar com SM na APS, é importante que os profissionais tenham disponibilidade interna e criatividade na microgestão de seus serviços para poderem construir boas práticas de cuidado nesse cenário.

Um dos participantes disse: “Tô saindo angustiado, mas com uma angústia boa, no sentido, de uma angústia que faz movimentar, sair do lugar [...] transformar angústia em potência”. Essas frases também simbolizam e são representativas das provocações que o presente trabalho suscita. É preciso transformar angústia em potência, e a partir disso, transformar os desafios em superações.

De maneira propositiva, se faz necessário repensar a formação dos profissionais de saúde, com problematizações sobre a temática da SM desde a graduação, perpassando a residência e avançando através de educação continuada, com treinamentos e capacitações para melhor instrumentalização dos profissionais. Essas ações devem ser incentivadas pela gestão, pois a sensibilização, reconhecimento, apoio e estímulo da gestão em nível local, regional, estadual e nacional, assim como financiamento adequado são imprescindíveis para que as mudanças assistenciais e estruturais necessárias possam ser efetivadas.

Na ordem da macropolítica pública, a fim de qualificar a assistência ofertada, recomenda-se à área técnica de SM a retomada do investimento na contratação de profissionais de SM para compor as atuais equipes e-multi, com foco no aperfeiçoamento de iniciativas de cuidado compartilhado e colaborativo, bem como compartilhamento de tarefas - atividades congêneres ao apoio matricial. Anteriormente essas atividades eram realizadas pela equipe do NASF, porém após a mudança dos parâmetros de custeio e composição das equipes, percebeu-se um agravamento substancial nas lacunas assistenciais em SM, com redução de 27% dos vínculos profissionais no contexto nacional (Nobre *et al.*, 2023; Pereira; Amorim; Gondim, 2020). Dessa forma, o incentivo à contratação e capacitação dos profissionais, com treinamentos e adaptações ao contexto da APS de técnicas não farmacológicas congruentes com BP, como por exemplo intervenções breves baseadas em técnicas psicológicas, é um horizonte a ser alcançado.

Nesse sentido, também é de suma importância e uma responsabilidade da saúde coletiva defender o norte ético, jurídico-político-assistencial que deveria orientar as práticas assistências; não retrocedendo em avanços e direitos conquistados assim como incentivar a subsidiar teórica e tecnicamente o avanço na implementação de políticas públicas em convergência com os pressupostos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, os quais histórica e continuamente incentivam práticas territoriais e de desinstitucionalização, desmedicalização, despatologização congruentes com as boas práticas aqui defendidas.

Para isso são necessários mais estudos e pesquisas, com a publicização de seus resultados e proposições não apenas entre o meio acadêmico, mas também para a população em geral, trabalhadores e profissionais do SUS, gestores e legisladores, a fim de subsidiar a construção de políticas públicas intersetoriais com o desenvolvimento de estratégias multiníveis.

Além disso, também é necessário acontecer uma maior integração entre a medicina de família e comunidade e a reforma psiquiátrica, em suas raízes teóricas e fundamentos filosóficos, os quais precisam chegar de maneira mais efetiva até os serviços da APS respaldando o cuidado em SM nesse contexto, que deve envolver “os pacientes, suas famílias e as redes de relações sociais e comunitárias, em uma perspectiva de empoderamento individual e coletivo, de direitos humanos, justiça social, redução de iniquidades e fortalecimento, capilarização e melhor qualificação da Raps” (Secco; Tesser, 2023, p. 949).

Por fim conclui-se que o uso dos psicofármacos para o tratamento dos PSM na APS deve ser evitado, e tratado como última alternativa terapêutica, apenas quando outros recursos não farmacológicos já tenham sido utilizados. Além disso, conclui-se que boas práticas de cuidado, transversais, interdisciplinares, intersetoriais e holísticas (Ribeiro *et al.*, 2024), com ênfase no território, no empoderamento comunitário e na retomada de autonomia e protagonismo dos usuários devem ser experimentadas, fomentadas e desenvolvidas nos serviços de saúde, a fim de subsidiar novas possibilidades de cuidado em SM na APS e a implementação de políticas públicas assertivas sobre o tema, afinadas com os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

## 7. Referências

---

- AALTONEN, Jukka; SEIKKULA, Jaakko; LEHTINEN, Klaus. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, v. 3, n. 3, p. 179–191, 2011.
- ABRASCO. **A (re)volta dos que não foram – Ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica**. 2018. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/carta\\_abrasme\\_segunda-reforma-psiquiatica/32662/](https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/carta_abrasme_segunda-reforma-psiquiatica/32662/). Acesso em: 26 out. 2020.
- ABRASCO. **Nota em defesa da Reforma Psiquiátrica e de uma política de Saúde Mental digna e contemporânea**. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-em-defesa-da-reforma-psiquiatica-e-de-uma-politica-de-saude-mental-digna-e-contemporanea/30550/>. Acesso em: 5 fev. 2019.
- ADAMS, Jon *et al.* Contextualizing Integration: A Critical Social Science Approach to Integrative Health Care. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, v. 32, n. 9, p. 792–798, 2009.
- ADI, Y., KILLORAN, A., JANMOHAMED, K.; STEWART-BROWN, S. **Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools: Universal approaches which do not focus on violence or bullying**. London: National Institute for Clinical Excellence, 2007.
- ADORNO, T. W. O ensaio como forma. *In*: ADORNO, T. W.; COHN, G. (org.). **Theodor W. Adorno Sociologia**. São Paulo: Ática, 1986. p. 167–87.
- ADORNO, Theodor W. O ensaio como forma. *In*: ADORNO, Theodor W. (org.). **Notas de literatura**. Ed 34ed. São Paulo: Duas Cidades, 2003. p. 15–46.
- AGUIAR, Adriano Amaral. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.
- ALCÂNTARA, Vírnia Ponte; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes; ALVES, Samara Vasconcelos. Perspectives on the mental health concept: analysis of Brazilian scientific productions. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 27, n. 1, p. 351–361, 2022.
- ALFENA, Márcia Dias. **Uso de psicotrópicos na atenção primária**. 2015. 69 f. Mestrado Profissional - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2015.
- ALVAREZ, T Fernández *et al.* Factores que influyen en la prescripción de benzodicepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Atención primaria*, v. 30, n. 5, p. 297–303, 2002. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79031-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79031-8).
- ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; VIEIRA, Ágata Carla de Deus; ALMEIDA, Fayllane Araujo. Desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 4, p. 1–17, 2019.
- ALVES, Domingos Sávio Nascimento; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; COSTA, Nilson do Rosário. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. *Medwave*, v. 12, n. 10, 2012.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. *In*: FLEURY, Sônia (Org.) (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. *In:* (ORG.), M. L. Fernandes (org.). **Fim de século, ainda manicômios?** São Paulo: LAPSO/USP, 1999. p. 47–56.
- AMARANTE, P. C. D. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados.** São Paulo: Zagodoni., 2015.
- AMARANTE, Paulo; FREITAS, Fernando. **Medicalização em Psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.
- AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política.** 1 ed. São Paulo: Zagodini Editora Ltda, 2018.
- AMSTERDAM, Jay D.; MCHENRY, Leemon B.; JUREIDINI, Jon N. Industry-corrupted psychiatric trials. **Psychiatr. Pol.**, v. 51, n. 6, p. 993–1008, 2017.
- ANDREWS, Paul W *et al.* Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. **Frontiers in Psychology**, v. 3, n. April, p. 1–19, 2012.
- ANG, Benjamin; HOROWITZ, Mark; MONCRIEFF, Joanna. Is the chemical imbalance an ‘urban legend’? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. **SSM - Mental Health**, v. 2, p. 1–9, 2022.
- ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2007.
- ANVISA. **RESOLUÇÃO RDC Noº 586 de 17 de Dezembro de 2021.** 2021.
- APA, American Psychiatric Association. **DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5ª Ed. 2014.
- APA, American Psychiatric Association. **Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition.** APA, American Psychiatric Association., 2010.
- ARAÚJO, Sarah Steffany Santiago Brito; LIMA, Rodrigo Fonseca; GERLACK, Letícia Farias. Problemas relacionados a medicamentos em idosos usuários de psicotrópicos: revisão integrativa de literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 371–388, 2018.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial., 2013.
- ARCHER, J *et al.* Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). **The Cochrane Library**, n. 10, p. 1–176, 2012.
- ARROLL, Bruce *et al.* Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Primary Health Care**, v. 8, n. 4, p. 325–334, 2016.
- ARRUDA, Evilanna Lima; MORAIS, Hevilem L. M. N.; PARTATA, Anette Kelsei. Avaliação das informações contidas em receitas e notificações de receitas atendidas na farmácia do CAPS II Araguaína - TO. **Revista Científica do ITPAC**, v. 5, n. 2, p. 1–14, 2012.
- ARVIDSDOTTER, Tina; MARKLUND, Bertil; TAFT, Charles. Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients - a pragmatic randomized controlled trial. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 13, n. 308, p. 1–9, 2013.

- AXIOTIDOU, Maria; PAPAKONSTANTINO, Doxa. The meaning of work for people with severe mental illness: a systematic review. **Mental Health Review Journal**, v. 26, n. 2, p. 170–179, 2021.
- AZEVEDO, Carlos Eduardo Franco *et al.* **A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo**. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, 2013.
- AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea Considerations about Medicalization : A Contemporary Cultural. **Rev.CES Psico**, v. 11, n. 2, p. 1–12, 2018.
- BACKES, Dirce Stein *et al.* The focal group as a technique for data collection and analysis in qualitative research. **Mundo da Saude**, v. 35, n. 4, p. 438–442, 2011.
- BALA, Areeg *et al.* Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review. **Sexual Medicine Review**, v. 6, n. 1, p. 1–6, 2018.
- BALDWIN, David S *et al.* Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 28, n. 5, p. 403–439, 2014.
- BALEN, Eloise *et al.* Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados Potential drug-drug interactions between psychotropic drugs. **J Bras Psiquiatr**, v. 66, n. 3, p. 172–177, 2017.
- BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; CARVALHO, Fábio Bruno de; FERIGATO, Sabrina Helena. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 218–224, 2010.
- BALLESTER, Dinarte; ANDREOLI, Sergio Baxter. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 2, p. 72–6, 2005.
- BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed, 2009. 216p.** Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARBUI, Corrado *et al.* Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 2, p. 162–172, 2020.
- BARBUI, Corrado; TANSELLA, Michele. New generation psychotropics and the automatism of prescribing. **International Review of Psychiatry**, v. 17, n. 3, p. 139–141, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2010.
- BARLOW, J *et al.* Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2016.
- BARRETO, Adalberto P. **Terapia comunitária: passo a passo**. 4ªed. Fortaleza: LCR, 2010.
- BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI, Sonia. Crack! Harm reduction has stopped, or was the death drive? **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, p. 212–225, 2018.
- BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Movimentos de contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, p. 391–404, 2014.
- BAUER, Michael *et al.* Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines. **International journal of psychiatry in clinical practice**, v. 21, n. 3, p. 166–176, 2017.

- BEIJERS, Lian *et al.* Spin in RCTs of anxiety medication with a positive primary outcome: a comparison of concerns expressed by the US FDA and in the published literature. **BMJ Open**, v. 7, n. 3, p. 1–7, 2017.
- BELL, Alissa C; ZURILLA, Thomas J D. Clinical Psychology Review Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis ☆. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 4, p. 348–353, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>.
- BERGSTRÖM, Tomi *et al.* Five-Year Cumulative Exposure to Antipsychotic Medication After First-Episode Psychosis and its Association With 19-Year Outcomes. **Schizophrenia Bulletin Open**, v. 1, n. 1, p. 1–8, 2020.
- BERGSTRÖM, Tomi. **Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-Episode Psychosis Long-Term Outcomes at the Group and Individual Level**. 2020. 1–135 f. - University of Jyväskylä, Jyväskylä, 2020.
- BERGSTRÖM, Tomi *et al.* The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. **Psychiatry Research**, v. 270, n. September, p. 168–175, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>.
- BEZERRA, Gabriela Duarte *et al.* O impacto da pandemia por covid-19 na saúde mental de profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista enfermagem atual in derme | edição especial covid 19**, p. 1–20, 2020.
- BEZERRA, Indara Cavalcante *et al.* Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 148–161, 2016.
- BEZERRA JR, B. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. *In*: FREIRE FILHO, João (org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 117–134.
- BEZERRA JR, B. O caso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. *In*: PLASTINO, C. A. (org.). **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002. p. 229–239.
- BIRD, Victoria J *et al.* Evaluating the feasibility of complex interventions in mental health services: standardised measure and reporting guidelines. **The British Journal of Psychiatry**, v. 204, p. 316–321, 2014.
- BITTENCOURT, Sibeles Meneghel. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. 2010.
- BJÖRKEKELUND, Cecilia *et al.* Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: A pragmatic cluster randomized controlled trial. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2018.
- BLOCH, Frédéric *et al.* Psychotropic Drugs and Falls in the Elderly People: Updated Literature Review and Meta-Analysis. **Journal of Aging and Health**, v. 23, n. 2, p. 329–346, 2011.
- BLOOM, D.E. *et al.* **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases**. Geneva: World Economic Forum, 2011.
- BOLA, John R; MOSHER, Loren R. Treatment of Acute Psychosis Without Neuroleptics: Two-Year Outcomes From the Soteria Project. **THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE**, v. 191, n. 4, p. 219–229, 2003.
- BONTEMPO, Kaíla da Silva; PEREIRA, Andrea Ruzzi. Saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência: uma revisão crítica da literatura. **Rev. Ter. Ocup.**, v. 23, n. 2, p. 130–136, 2012.
- BORDINI, Gabriela Sagebin; SPERB, Tania Mara. Grupos Focais Online e Pesquisa em Psicologia: Revisão de Estudos Empíricos entre 2001 e 2011 1. **Interação Psicol.**, v. 17, n. 2, p. 195–205, 2013.

- BORGES, Tatiana Longo *et al.* Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 4, p. 344–349, 2015.
- BORGES, G. *et al.* Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 2019.
- BORTOLON, Paula Chagas *et al.* Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras Analysis of the self-medication pattern among Brazilian elderly women. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 4, p. 1219–1226, 2008.
- BORTOLOTTI, Biancamaria *et al.* Psychological interventions for major depression in primary care : a meta-analytic review of randomized controlled trials. **General Hospital Psychiatry** 30, v. 30, p. 293–302, 2008.
- BOWDEN, Deborah; GODDARD, Lorna; GRUZELIER, John. A Randomised Controlled Single-Blind Trial of the Efficacy of Reiki at Benefitting Mood and Well-Being. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, [s. l.], p. 1–8, 2011.
- BOWER, Peter *et al.* Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, p. 1–78, 2011.
- BRAGA, Cláudia Pellegrini. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica Perspective of deinstitutionalization: reading keys to understand a national mental health policy aligne. **Saúde Soc**, v. 28, n. 4, p. 198–213, 2019.
- BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes *et al.* Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 604–608, 2019.
- BRANDÃO, Alice Daudt de Lima; FIGUEIREDO, Angela Pereira; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.
- BRASIL. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. 2015. Disponível em: [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br).
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf).
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil: 5 out. 1988.
- BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Política Nacional Antidrogas**: p. 1–8, 2002.
- BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2010a.
- BRASIL. **Glossário temático: Monitoramento e Avaliação**. 2022. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- BRASIL. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. 1ªed. Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. **Legislação em Saúde Mental 2004 a 2010**. 2010c.
- BRASIL. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei n. 8.080**.: BRASIL, p. 18055-18059, 19 set. 1990.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília: 2001.

BRASIL. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. MDS, 2012a.

BRASIL. **NOTA TÉCNICA Nº 3 / 2020-DESF / SAPS / MS**. Brasil: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019-cgmad/dapes/sas/ms**. 2019a.

BRASIL. **Núcleo de apoio a Saúde da família - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Departamento de Atenção Básica, 2014a.

BRASIL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2009.

BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil Componente Populacional: Resultados**. 2016a.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. BRASIL: 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 (SUS), 2017a.

BRASIL. **Política nacional de economia solidária**. 2013b.

BRASIL. Política nacional sobre drogas. **DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019**: p. 1–13, 2019b.

BRASIL. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. 2003a.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasil: 22 ago. 2007.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. 2011a.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011(\*)**. 2011b.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, 2017b.

BRASIL. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012. **Componente Reabilitação Psicossocial**: p. 1–2, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. 2017c.

BRASIL, Heloisa Helena A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. Supl II, p. 40–41, 2000.

BRASIL. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde**. 2020b. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. 2005.

BRASIL. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. 2020c.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução de nº 510, de 07 de abril de 2016**. 2016b.

- BRASIL. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012**. 2012c.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018**. DOU, 2018.
- BRASIL. **Saúde Brasil 2017**. 2017d.
- BRASIL. **Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários**. 2003b.
- BRASIL. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019d.
- BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios**. 7 ed. Madrid: Paraninfo, 1991.
- BRÊDA, Mércia Zeviani *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450–452, 2005.
- BRIJNATH, Bianca *et al.* Trends in GP prescribing of psychotropic medications among young patients aged 16 – 24 years: a case study analysis. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 214, p. 1–8, 2017.
- BRITO DE SÁ, Armando. Preconceitos, desinformação e a lei dos cuidados inversos. **Rev Port Clin Geral** 2002. v. 18, p. 199–200, 2002.
- BROEIRO, Paula. Justiça social e lei dos cuidados inversos. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 32, p. 167–9, 2016.
- BUCHKOWSKY, Susan S; JEWESSON, Peter J. Industry Sponsorship and Authorship of Clinical Trials Over 20 Years. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 38, p. 579–585, 2004.
- BURGESS, Rochelle Ann *et al.* Social interventions: a new era for global mental health? **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 118–119, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30397-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30397-9).
- BUSFIELD, Joan. Mental health problems, psychotropic drug technologies and risk Mental health problems , psychotropic drug technologies and risk. **Health, risk & society**, v. 6, n. 4, p. 37–41, 2004.
- BUTLER, Andrew C *et al.* The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. **Clinical Psychology Review**, v. 26, p. 17–31, 2006.
- CAILLAUD, S.; FLICK, U. Focus Groups in Triangulation Contexts. *In*: BARBOUR, Rosaline S.; MORGAN, David L. (org.). **A New Era in Focus Group Research Challenges, Innovation and Practice**. 2017. p. 430.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 844–846, 2013.
- CAMARGO-BORGES, Celiane; MARTINS MISHIMA, Silvana. A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 1, p. 29–41, 2009. Disponível em: [www.taosinstitute.net](http://www.taosinstitute.net).
- CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 16, n. 43, p. 967–980, 2012.
- CAMPOS, Rosana Onocko *et al.* Estudos de Saúde Mental publicados nos últimos 25 anos na Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4771–4790, 2020.
- CAMPOS, GWS. Saúde Mental e Atenção Primária: Apoio Matricial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *In*: Nunes M, Landim FLP, orgs. Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano. *In*: NUNES M; LANDIM FLP (org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 29–46.

- CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2101–2108, 2018.
- CAMPOS, Rosana T Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de S. Construção de autonomia: o sujeito em questão. *In*: TRATADO DE SAÚDE COLETIVA. 2006. p. 1–22.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.
- CANUTO, Liliane Ecco *et al.* Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2378, 2021.
- CAPE, John *et al.* Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. **BMC Medicine**, v. 8, n. 38, p. 1–13, 2010.
- CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 529–549, 2009.
- CAPONI, Sandra. Uma biopolítica da indiferença: a propósito da denominada Revolução Psicofarmacológica. *In*: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (org.). **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. 1 ed. São Paulo: Zagodini Editora Ltda, 2018. p. 17–37.
- CAPONI, Sandra. **Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença**. São Paulo: Liber Ars, 2019.
- CARDOSO VILLELA, Juliane; MAFTUM, Mariluci Alves; PAES, Roberto. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 397–406, 2013.
- CARLAT, Daniel. New York Times Magazine. **Drug Rep.**, 2007. Disponível em: [www.nytimes.com/2007/11/25/magazine/25memoir-t.html](http://www.nytimes.com/2007/11/25/magazine/25memoir-t.html).
- CARLSON, Linda E; BULTZ, Barry D. Benefits of psychosocial oncology care : Improved quality of life and medical cost offset. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 8, p. 1–9, 2003.
- CARNEIRO, Larissa Arbués; PORTO, Celmo Celeno. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 150–167, 2014.
- CARON, Eduardo; FEUERWERKER, Laura C.M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde Soc.**, v. 28, n. 4, p. 14–24, 2019.
- CASANOVA, Isis Alexandrina; ALVES BATISTA, Nildo; RUIZ-MORENO, Lídia. Residência Multiprofissional em Saúde Percepção dos residentes sobre a Educação Interprofissional nas práticas colaborativas. **Congresso Ibero-americano em investigação qualitativa (CIAIQ)**. 2015.
- CASTELLÓ, M. *et al.* **Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en atención primaria de salud**. 2016.
- CASTELPIETRA, G *et al.* Working draft: Classifications of interventions in mental health care. An expert review. **The European Journal of Psychiatry**, p. 1–18, 2017.

- CASTRO, Cristiane Pereira De; WAGNER, Gastão; CAMPOS, De Sousa. relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455–481, 2016.
- CASTRO, Fábio Araujo Gomes de; WENCESLAU, Leandro David. **Abordando o sofrimento mental comum na atenção primária em sete passos**. 1 ed. Viçosa: Editora Asa Pequena, 2023.
- CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. de. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Wagner Sousa *et al.* (org.). **TRATADO DE SAÚDE COLETIVA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149–182.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. 2004.
- CECILIO, luiz carlos de oliveira. Saúde Mental. **Universidade Federal de São Paulo**, 2015.
- CHÁVEZ, Giannina Marcela; RENNÓ, Heloiza Maria Siqueira; VIEGAS, Selma Maria Da Fonseca. The inter-relation of demand and accessibility in the family health strategy. **Physis**, v. 30, n. 3, p. 1–20, 2020.
- CHEN, Tao *et al.* Quantifying the mental health and economic impacts of prospective Universal Basic Income schemes among young people in the UK: A microsimulation modelling study. **BMJ Open**, v. 13, n. 10, 2023.
- CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. 2011.
- CHIBANDA, Dixon *et al.* Effect of a Primary Care–Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v. 316, n. 24, p. 2618–2626, 2017.
- CHIRELLI, Mara Quaglio; MISHIMA, Silvana Martins. A formação do enfermeiro crítico reflexivo no curso de enfermagem da faculdade de medicina de Marília - FAMEMA. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 574–84, 2003. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf).
- CHISHOLM, Dan. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. **World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 4, n. 1, p. 37–44, 2005.
- CHISHOLM, Dan *et al.* Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 5, p. 415–424, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).
- CIPRIANI, Andrea *et al.* Antidepressants for Depression: An Evidence-Based Approach to Inform Clinical Practice. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 52, n. 9, p. 553–562, 2007.
- CIPRIANI, Andrea *et al.* Articles Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet**, v. 391, n. 10128, p. 1357–1366, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7).
- CIRINO, Ferla M Ferla Maria Simas Bastos Cirino *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1–11, 2020.
- COLLINGE, William; WENTWORTH, Roberta; SABO, Sherry. Integrating Complementary Therapies into Community Mental Health Practice: An Exploration. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 11, n. 3, p. 569–574, 2005.

- CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, n. 1, p. 209–232, 1992.
- CONRAD, Peter. The shifting engines of medicalization. *In: The medicalization of society*. 1.<sup>a</sup> editioned. The Johns Hopkins University Press, 2007.
- COOPER, Peter J *et al.* South Africa: randomised controlled trial. **BMJ**, p. 1–8, 2009.
- COPPEN, Alec. The Biochemistry of Affective Disorders The Biochemistry of Affective Disorders. **The British Journal of Psychiatry**, v. 113, n. 504, p. 1237–1264, 1967.
- CORRADI-WEBSTER, Clarrissa Mendonça; LEÃO, Eduardo Augusto; RUFATO, Livia Sicaroni. Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 61, p. 1–13, 2018.
- CORRELL, Christoph U. Addressing Adverse Effects of Antipsychotic Treatment in Young Patients With Schizophrenia. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 72, n. 01, p. e01, 2011.
- COSGROVE, Lisa *et al.* Institutional corruption in psychiatry: Case analyses and solutions for reform. **Social and Personality Psychology Compass**, v. 12, n. 6, p. 1–10, 2018.
- COSTA, Christiane Gasparini Araújo *et al.* Community vegetable gardens as a health promotion activity: An experience in Primary Healthcare Units. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3099–3110, 2015.
- COSTA, Ana Carolina Oliveira. O ato de cuidar: vivências e percepções de uma redutora de danos. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 966–974, 2019.
- COSTA, Napoli Mark. Recovery como estratégia para avançar na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 21, p. 1–16, 2017.
- COSTA, George Muniz Portela da; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Silva. Estudo das prescrições de psicotrópicos em uma farmácia da cidade de Sobral, Ceará, Brasil. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 1, p. 27–33, 2017.
- COSTA-ROSA, Abílio da. 8 - O modo psicossocial. *In: AMARANTE, P. (org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection, 2000. p. 141–168.
- COWEN, Philip J.; BROWNING, Michael. What has serotonin to do with depression? **World Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 158–160, 2015.
- CRAIG, Peter *et al.* Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **BMJ**, v. 337, n. 1655, p. 1–6, 2008.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.
- CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.
- CUI, Yong Hua; ZHENG, Yi. A meta-analysis on the efficacy and safety of St John's wort extract in depression therapy in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors in adults. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 12, p. 1715–1723, 2016.
- CUIJPERS, Pim *et al.* A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. **World Psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 92–107, 2020.

- CUIJPERS, Pim *et al.* Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 7, p. 680–687, 2016.
- CUIJPERS, Pim *et al.* Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 12, p. 1–10, 2019a.
- CUIJPERS, Pim *et al.* Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 129, p. 1–10, 2019b.
- CUIJPERS, Pim *et al.* The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. **World Psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 137–148, 2013.
- CUNHA, Amanda Candeloro; PIO, Danielle Abdel Massih; RACCIONI, Thaís Munholi. Acompanhamento Terapêutico: Concepções e Possibilidades em Serviços de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 638–651, 2017.
- CURTH, Nadja Kehler *et al.* Collaborative care for depression and anxiety disorders: results and lessons learned from the Danish cluster-randomized Collabri trials. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 1, p. 1–15, 2020.
- DALL'AGNOL, Clarice Maria *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 186–190, 2012.
- DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 151–164, 2009.
- DALMOLIN, Indira Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Integrative and complementary practices in primary care: Unveiling health promotion. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1–10, 2020.
- DALMOLIN, Indira Sartori; HEIDEMANN, Teresinha Ivonete Schülter Buss. Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 3, 2017.
- DAMASCENO, Marcio Rocha *et al.* Dinâmica de uso de psicofármacos e a relação com a psicoterapia psicanalítica na interface da saúde mental: uma revisão integrativa. **J Hum Growth Dev**, v. 29, n. 2, p. 274–283, 2019.
- DANBORG, P B; VALDERSDORF, M; GOTZSCHE, P C. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 30, p. 59–71, 2019.
- DAVIDSON, Larry *et al.* Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle?. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 36, n. 5, p. 480–487, 2005.
- DAVIDSON, Larry. The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. **Health Affairs**, v. 35, n. 6, p. 1091–1097, 2016.
- DAVIES, T *et al.* Integrating mental health care into primary care systems in low- and middle-income countries: lessons from PRIME and AFFIRM. **Global Mental Health**, v. 4, n. 7, p. 1–6, 2017.
- DAVIES, James; READ, John. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? **Addictive Behaviors**, v. 97, p. 111–121, 2019.
- DE LUCA, Márcia Emília Moreira *et al.* Horta terapêutica: a hortoterapia como atividade promotora de saúde em UBS. **Revista da Jopic**, v. 6, n. 10, p. 168–180, 2021.

- DE VRIES, Ymkje Anna *et al.* Hiding negative trials by pooling them: a secondary analysis of pooled-trials publication bias in FDA-registered antidepressant trials. **Psychological Medicine**, v. 49, n. 12, p. 2020–2026, 2019.
- DECLERCQ, T *et al.* Depressie bij volwassenen. **Domus Medica**, p. 1–88, 2016.
- DELBON, Fabiana; DA ROS, Vera; FERREIRA, Elza Maria Alves. Avaliação da Disponibilização de Kits de Redução de Danos. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 37–48, 2006.
- DELFINI, Patrícia Santos de Souza *et al.* Partnership between Psychosocial Care Center and Family Health Program: The challenge of a new knowledge construction. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 1483–1492, 2009.
- DELUIZ, Neise. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: BRASIL, Ministério da Saúde. (org.). **Humanizae cuidados em saúde: uma questão de competências**. 1. ed. Brasília: [s. n.], 2001. v. 1, p. 5–15.
- DEMARZO, Marcelo M P *et al.* The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review. **ANNALS OF FAMILY MEDICINE**, v. 13, n. 6, p. 573–582, 2015.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Penso, 2006.
- DEPALLENS, Miguel Andino; GUIMARÃES, Jane Mary de Medeiros; FILHO, Naomar Almeida. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 7, p. 1–15, 2020.
- DEZETTER, Anne; *et al.* Custos e benefícios de melhorar o acesso a psicoterapias para transtornos mentais comuns. **J Ment Health Policy Econ**, v. 16, n. 4, p. 161–177, 2013.
- DI SALVO, Gabriele *et al.* **A Psychoanalytic-Derived Brief Psychotherapeutic Approach in the Treatment of Major Depression: Monotherapy Studies**. MDPI, 2022.
- DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Intersectoriality and the family health strategy: Highly relevant or almost irrelevant? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371–4382, 2014.
- DIAS, Marcelo José Fontes. Open dialogue: uma experiência no Brasil. **Diversitates Int J**, v. 09, n. 3, p. 97–110, 2017.
- DIAS, João Carlos *et al.* Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **J. bras. psiquiatr.**, v. 52, n. 5, p. 341–348, 2003.
- DIMENSTEIN, Magda *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 72–87, 2017.
- DOMINGOS, Carolina Milena *et al.* A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: Uma análise documental. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 1–13, 2016.
- DOMINGOS, Carolina Milena. **A residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador em saúde**. Londrina: 2012.
- DUNCAN, Bruce B *et al.* **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artemed, 2013.
- DUNCAN, Bruce B. *et al.* **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção primária baseadas em evidências**. 5ª edição. Artmed, 2022.
- DYBWAD, T.B. *et al.* Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. **Farm Pract**, v. 14, n. 5, p. 361–368, 1997.

EATON, Julian *et al.* Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 378, n. 9802, p. 1592–1603, 2011.

EATON, William W *et al.* The Burden of Mental Disorders. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, p. 1–14, 2008.

EISENBERG, David M. *et al.* Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997 Results of a Follow-up National Survey. **Jama**, v. 280, n. 18, p. 1569–1575, 1998.

EISENBERG, DM *et al.* Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. **The New England Journal of Medicine**, v. 328, n. 4, p. 246–52, 1993.

EKERS, David *et al.* Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. **PLoS ONE**, v. 9, n. 6, 2014.

EL-MALLAKH, Rif S.; GAO, Yonglin; JEANNIE ROBERTS, R. Tardive dysphoria: The role of long term antidepressant use in-inducing chronic depression. **Medical Hypotheses**, v. 76, n. 6, p. 769–773, 2011.

EMSLIE, Graham J *et al.* A Double-blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Fluoxetine in Children and Adolescents With Depression Background: Depression is a major cause of morbid. **Arch Gen Psychiatry**, v. 54, n. 11, p. 1031–1037, 1997. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>.

EMSLIE, Graham J *et al.* Fluoxetine for Acute Treatment of Depression in Children and Adolescents: A Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 41, p. 1205–1215, 2002.

ERHEL, Florian; SCANFF, Alexandre; NAUDET, Florian. The evidence base for psychotropic drugs approved by the European Medicines Agency: A meta-assessment of all European Public Assessment Reports. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 2020.

ESPONDA, Georgina Miguel *et al.* Review Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 29, p. 1–15, 2019.

EVANS, J; REPPER, J. Emprego, inclusão social e saúde mental. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 7, p. 15–24, 2000.

FALCI, Denise Mourão *et al.* Uso de psicofármacos prediz incapacidade funcional entre idosos. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 21, p. 1–12, 2019.

FARINA, Nicolas; MORRELL, Lucy; BANERJEE, Sube. What is the therapeutic value of antidepressants in dementia? A narrative review. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 32–49, 2016.

FAVA, Giovanni A. Can Long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? **J Clin Psychiatry**, v. 64, p. 123–133, 2003a.

FAVA, Giovanni A. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 10, p. 1–11, 2020a.

FAVA, Giovanni A. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 10, p. 1–11, 2020b.

FAVA, Giovanni A. O tratamento a longo prazo com antidepressivos pode piorar o curso da depressão? **J Clin Psychiatry** 2003, v. 64, n. 2, p. 123–133, 2003b.

FAVA, Giovanni A. *et al.* Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: A systematic review. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 84, n. 2, p. 72–81, 2015.

FAVA, Giovanni A. *et al.* **Withdrawal symptoms after serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor discontinuation: Systematic review.** S. Karger AG, 2018.

FAVA, Giovanni A; RUINI, Chiara; SONINO, Nicoletta. Treatment of Recurrent Depression A Sequential Psychotherapeutic and Psychopharmacological Approach. **CNS Drugs**, v. 17, n. 15, p. 1109–1117, 2003.

FEIJÓ, Ana Júlia Lobo *et al.* Production of the guide to medicinal plants in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 25, 2021.

FERNANDES, Henrique Campagnollo Dávila; ZANELLO, Valeska. O grupo de ouvintes de vozes: dispositivo de cuidado em saúde. **Psicol. estud**, v. 23, p. 1–12, 2020.

FERRAZ, Marisa Cunha; *et al.* Reflexões bioéticas sobre o benefício do passe livre concedido a adolescentes portadores de deficiência mental no Distrito Federal. **Rev. saúde Dist. Fed**, v. 15, n. 3/4, p. 95–109, 2004.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da; LUZIO, Cristina Amélia. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 255–265, 2013.

FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; LAZARTE, Rolando; BARRETO, Adalberto de Paula. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2015.

FERRO, Luis Felipe *et al.* Therapeutic accompaniment in mental health: Structure, possibilities and challenge to its practice in unique system of health. **Revista da Abordagem Gestaltica**, v. 24, n. 1, p. 66–74, 2018.

FERRO, Luís Felipe. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos – Construindo no Presente um Futuro sem Manicômios. **Psicologia ciência e profissão**, v. 29, n. 4, p. 752–767, 2009.

FIDELIS, Fabiana Aparecida Monção *et al.* Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021.

FIGUEIREDO, Angela Pereira. Recovery e os grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: análise de uma experiência. **Revista Iberoamericana de Psicología**, v. 14, n. 2, p. 86–96, 2021.

FILHO, Luís Antônio Soares Pires *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 605–613, 2019.

FILHO, Dácio Pinheiro Carvalho; NOGUEIRA, Alexandre Semeraro de Alcântara. Um estudo sobre a vivência dos profissionais de saúde mental no acolhimento, um olhar pela filosofia do diálogo de Martin Buber. **Revista IGT na Rede**, v. 16, n. 31, p. 142–157, 2019.

FINAZZI, Emilia; MACBETH, Angus. **Service users experience of psychological interventions in primary care settings: A qualitative meta-synthesis.** John Wiley and Sons Ltd, 2022.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 recomendações gerais.** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAdede-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz; ENSP, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **PACK Brasil Adulto Practical Approach to Care Kit Kit de Cuidados em Atenção Primária**. 2023. Disponível em: [www.knowledgetranslation.co.za](http://www.knowledgetranslation.co.za).

FIORELLI, Katiana; ASSINI, Fabricio Luiz. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. **ABCS Health Sci**, v. 42, n. 1, p. 40–44, 2017.

FLORENCE, Ana Carolina *et al.* Implanting Rhizomes in Vermont: a Qualitative Study of How the Open Dialogue Approach was Adapted and Implemented. **Psychiatric Quarterly**, v. 91, p. 681–693, 2020.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. **Guia de Plantas Medicinais de Florianópolis**. 2019.

FLORIANÓPOLIS. **Lei complementar nº 648, de 18 de Outubro de 2018**. 2018.

FORLENZA, Orestes Vicente; CRETAZ, Eric; DINIZ, Breno Satler de Oliveira. O uso de antipsicóticos em pacientes com diagnóstico de demência The use of antipsychotics in patients with dementia. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. 3, p. 265–270, 2007.

FORTES, Sandra *et al.* Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 33, p. 150–156, 2011.

FORTES, S.; BALLESTER, D. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família, construção da integralidade. In: BRASIL, M.A.A. *et. al.* (org.). **Psicologia médica, a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 266-270.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. 18ª Ed. Rio De Janeiro: Graal Editora, 1979.

FOUCAULT, Michel. A constituição histórica da doença mental. In: FOUCAULT; MICHEL. **TRADUÇÃO DE LILIAN ROSE SHALDERS**. (org.). **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 77-88.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOURNIER, Jay C. *et al.* Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. **JAMA**, v. 303, n. 1, p. 47, 2010.

FRAMER, Adele. What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 11, p. 1–18, 2021.

FRANCO, Túlio Batista. Creative work and health care: A discussion based on the concepts of slavery and freedom. **Saude e Sociedade**, v. 24, p. 98–109, 2015.

FRANCO, Túlio Batista. **Processo de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema nacional de saúde de Campinas**. 2003. 1–213 f. - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FRANCO DE SÁ, Ronice; NOGUEIRA, Julia; GUERRA, Vanessa De Almeida. Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. **Health Promotion International**, v. 34, p. 174-81, 2019.

FRASER, Kathryn *et al.* Knowledge of Psychotropics and Prescribing Preferences of Family Physicians : A Preliminary Study. **Academic Psychiatry**, n. October, p. 325–328, 2013.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 545–565, 2014.

FRAZÃO, Paulo; MINAKAWA, Marcia Michie. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 407–430, 2018.

- FREDERICO, Rodrigo Dionísio Gonçalves. **Alterações fisiológicas por psicofármacos**. 2016. 65 f. - Instituto superior de ciências da saúde Egas Moniz, 2016.
- FREEMAN, Marlene P. *et al.* Medicina complementar e alternativa para transtorno depressivo maior: uma metanálise das características do paciente, taxas de resposta a placebo e resultados do tratamento em relação aos antidepressivos padrão. **J Clin Psychiatry**, v. 71, n. 6, p. 682–688, 2010.
- FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. v. 2ª edição (revista).
- FREY, Benício Noronha; MABILDE, Carlos; EIZIRIK, Cláudio Laks. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 2, p. 118–123, 2004.
- FROSI, Raquel Valiente; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3151–3161, 2015.
- FURTADO, Mariama. Regulação biotecnológica do sofrimento e evicção do sujeito: efeitos sobre a condição humana. *In*: AMARANTE, Paulo; FREITAS, Fernando; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (org.). **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. 1 ed. São Paulo: Zagodini Editora Ltda, 2018. p. 176.
- GALVANESE, Ana Tereza Costa; BARROS, Nelson Filice de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Contribuciones y desafíos de las prácticas corporales y meditativas a la promoción de la salud en la red pública de atención primaria del municipio de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 12, 2017.
- GAMA, Carlos Alberto Pegolo da *et al.* Primary health care professionals and mental health demands: Perspectives and challenges. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 25, p. 1–16, 2021.
- GARATTINI, Silvio; BERTELE, Vittorio. The impact of European regulatory policies on psychotropic drug prescribing patterns. **International Review of Psychiatry**, v. 17, n. 3, p. 199–204, 2005.
- GARCIA, Leandro Martin Totaro *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014.
- GARCÍA-SANCHO, Julio Cesar Martin *et al.* Stepped psychological intervention with common mental disorders in Primary Care. **Anal. Psicol**, v. 34, n. 1, p. 30–40, 2018.
- GARDARSDOTTIR, Helga *et al.* Does the length of the first antidepressant treatment episode influence risk and time to a second episode? **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 29, n. 1, p. 69–72, 2009a.
- GARDARSDOTTIR, Helga *et al.* Duration of antidepressant drug treatment and its influence on risk of relapse/recurrence: Immortal and neglected time bias. **American Journal of Epidemiology**, v. 170, n. 3, p. 280–285, 2009b.
- GASTALDON, Chiara *et al.* Withdrawal Syndrome Following Discontinuation of 28 Antidepressants: Pharmacovigilance Analysis of 31,688 Reports from the WHO Spontaneous Reporting Database. **Drug Safety**, v. 45, n. 12, p. 1539–1549, 2022.
- GAUDENZI, Paula. Ficções neurocientíficas e a medicalização das subjetividades na contemporaneidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1–3, 2018.
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de ivan illich e michel foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 16, n. 40, p. 21–34, 2012.

GIBSON, Marcia *et al.* Health & Place Housing and health inequalities: A synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. **Health & Place**, v. 17, n. 1, p. 175–184, 2011.

GIBSON, Marcia; HEARTY, Wendy; CRAIG, Peter. Scoping Review The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 3, p. e165–e176, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30005-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30005-0).

GINNEKEN, Nadja van *et al.* **Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries (Review)**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GOMES, D. C. R. (org.). **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia, 1997.

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.). (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GONÇALVES, Daniel Almeida *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, 2014.

GONÇALVES, A. M.; DE SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48–55, 2001.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família Mental disorders in a community assisted by the Family Health Program. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1641–1650, 2008.

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu; PEDROSA, Leila Aparecida Kauchakje. Perfil dos enfermeiros da estratégia saúde da família e suas habilidades para atuar na saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 3, 2009.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. 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**, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.

GORMAN, Jack M. Combining psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy. **Psychodynamic Psychiatry**, v. 44, n. 2, p. 183–209, 2016.

GOTZSCHE, Peter. C. **Call for retraction of three fraudulent trial reports of antidepressants in children and adolescents**. 2023. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/2023/08/call-for-retraction-of-fraudulent-trial-reports-of-antidepressants-in-children/>. Acesso em: 21 out. 2023.

GOTZSCHE, Peter. C. **Kit de Sobrevivência em Saúde Mental e Retirada dos Medicamentos Psiquiátricos – Cap. 2/1**. 2020. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2020/11/kit-de-sobrevivencia-em-saude-mental-e-retirada-dos-medicamentos-psiquiatricos-cap-2-1/>.

GOTZSCHE, Peter C. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 31, n. 3, p. 1–6, 2019.

GOVEAS, Joseph S *et al.* Depressive Symptoms and Incidence of Mild Cognitive Impairment Initiative Memory Study. **JAGS (Journal American Geriatrics Society)**, v. 59, p. 57–66, 2011.

- GOYATÁ, Sueli Leiko Takamatsu *et al.* Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 602–609, 2016.
- GREEN, Larry A *et al.* The ecology of medical care revisited. **N Engl J Med**, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 2001. Disponível em: [www.nejm.org](http://www.nejm.org).
- GROSS, Deborah *et al.* Efficacy of the Chicago Parent Program with Low-Income African American and Latino Parents of Young Children. **Prevention Science**, v. 10, p. 54–65, 2009.
- GRUSKA, Viktor; DIMENSTEIN, Magda. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psic. Clin.**, v. 27, n. 1, p. 101–122, 2015.
- GRYSCHKEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255–3262, 2015.
- GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. 7 ed. São Paulo: Papyrus, 1990.
- GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Editora 34, 1992.
- GUATTARI, Félix. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional. Aparecida: Ideias e Letras**. 1ªed. Aparecida: Ideias e Letras., 2004.
- GUERRA, Camilla de Sana *et al.* Epidemiologic profile and prevalence of psychotropic use in one reference. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 6, p. 4444–4451, 2013.
- GUIA DA FARMÁCIA. **15 medicamentos mais vendidos no brasil**. 2022.
- GUIA DA FARMÁCIA. **Medicamentos Antidepressivos ocupam a primeira posição na lista de medicamentos mais vendidos**. 2021.
- GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, p. 111–138, 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=686&sid=59>.
- GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201–209, 2006.
- GUO, Kangyuan *et al.* Safety Profile of Antipsychotic Drugs: Analysis Based on a Provincial Spontaneous Reporting Systems Database. **Frontiers in Pharmacology**, [s. l.], v. 13, p. 1–9, 2022.
- GUREJE, Oye *et al.* Effect of a stepped-care intervention delivered by lay health workers on major depressive disorder among primary care patients in Nigeria (STEP CARE): a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 7, p. e951–e960, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30148-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30148-2).
- GUSSO, Gustavo Dinis Ferreira. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)**. 2009. 1–212 f. Tese - Faculdade de medicina de São Paulo, São Paulo, 2009.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade Princípios, formação e prática**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- GUTHRIE, Bruce; CLARK, Stella Anne; MCCOWAN, Colin. The burden of psychotropic drug prescribing in people with dementia : a population database study. **Age and Ageing**, v. 39, p. 637–642, 2010.
- GUTIERRES, Larissa de Siqueira *et al.* Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 1, p. 2940–2947, 2018.

HAGEN, Brad; WONG-WYLIE, Gina; PIJL-ZIEBER, EM. Tablets ou Talk? Uma revisão crítica da literatura comparando antidepressivos e aconselhamento para o tratamento da depressão. **Journal of Mental Health Counseling**, v. 32, n. 2, p. 102–124, 2010.

HALLER, Heidemarie *et al.* Complementary therapies for clinical depression: an overview of systematic reviews. **BMJ**, p. 1–15, 2019.

HARKNESS, EF; BOWER, PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009.

HART, Julian Tudor. The inverse care law. **The Lancet**, v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971.

HE, Hairong *et al.* Comparative efficacy and acceptability of first-line drugs for the acute treatment of generalized anxiety disorder in adults: A network meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 118, p. 21–30, 2019.

HEALY, D. Serotonin and depression. **BMJ**, v. 350, p. 1–2, 2015.

HEALY, David; CATTELL, Dinah. Interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics. **British Journal of Psychiatry**, v. 183, p. 22–27, 2003.

HEDENRUD, Tove M; SVENSSON, Staffan A; WALLERSTEDT, Susanna M. “Psychiatry is not a science like others” - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. **BMC Family Practice**, 2013.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; LASAGNO, Bruno Gaiarsa Simões; VIEIRA, Ramiro. Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e / ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família. **R. bras. Med. Fam. e Comu**, v. 5, n. 17, p. 42–47, 2010.

HENGARTNER, Michael P *et al.* Antidepressant Use During Acute Inpatient Care Is Associated With an Increased Risk of Psychiatric Rehospitalisation Over a 12-Month Follow-Up After Discharge. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, p. 1–9, 2019.

HENGARTNER, Michael P. Methodological Flaws, Conflicts of Interest, and Scientific Fallacies: Implications for the Evaluation of Antidepressants Efficacy and Harm. **Frontiers in Psychiatry**, v. 8, n. 275, p. 1–7, 2017.

HENGARTNER, MP *et al.* Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **J Epidemiol Community Health**, v. 75, n. 6, p. 523–530, 2021.

HENGARTNER, Michael P.; ANGST, Jules; RÖSSLER, Wulf. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: Results from a prospective community cohort study over 30 years. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 87, n. 3, p. 181–183, 2018.

HENGARTNER, Michael P.; DAVIES, James; READ, John. **Antidepressant withdrawal - The tide is finally turning**. Cambridge University Press, 2019.

HENGARTNER, Michael P.; PLÖDERL, Martin. **Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk in Randomized Controlled Trials: A Re-Analysis of the FDA Database**, S. Karger AG, 2019.

HESPANHOL, Alberto; VEIGA, Graça; RICO, Miguel. Consulta de psicologia clínica no centro de saúde São João. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 7, n. 1–2, p. 59–64, 2005.

- HEUZENROEDER, Louise *et al.* Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 38, n. April, p. 602–612, 2004.
- HILDEBRAND, Natália Amaral *et al.* Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 2, p. 213–221, 2015.
- HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 371–382, 2015.
- HOFMANN, Stefan G. *et al.* The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta- analyses. **Cognit Ther Res**, v. 36, n. 5, p. 427–440, 2012.
- HOFMANN, Stefan G.; SMITS, Jasper A. J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo- controlled trials. **J Clin Psychiatry**, v. 69, n. 4, p. 621–632, 2008.
- HOROWITZ, Mark Abie; TAYLOR, David. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 6, p. 538–546, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30032-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30032-X).
- HOWARD, Robert J. *et al.* Donepezil for the Treatment of Agitation in Alzheimer’s Disease. **The new england journal of medicine**, v. 357, n. 14, p. 1382–1392, 2007.
- HUGHES, Shannon; COHEN, David; JAGGI, Rachel. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs : a cross-sectional study. **BMJ**, v. 4, p. 1–12, 2014.
- HUIBERS, Marcus J.H. *et al.* Psychosocial interventions by general practitioners. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, p. 1–28, 2007.
- HUNSLEY, John. **Cost-effectiveness of Psychological Treatment Cost-effectiveness of Psychological Treatment**. British Columbia Psychological Association, 2002a.
- HUNSLEY, John. **THE COST-EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL**. Canadian Psychological Association, 2002b.
- HUNSLEY, John; ELLIOTT, Katherine; THERRIEN, Zoé. **The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments**. The Canadian Psychology Association, 2013.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2013.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. 2020-. ISSN 1530-0315. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019; percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. 2020a.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde PNS. Atenção Primária à Saúde e Informações Antropométricas**. 2020b.
- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- INGLEZ-DIAS, Aline *et al.* Harm reduction policies in Brazil: Contributions of a North American program. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 147–157, 2014.
- JAKOBSEN, Janus Christian *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1–28, 2017.

JAKOBSEN, Janus Christian; GLUUD, Christian; KIRSCH, Irving. Should antidepressants be used for major depressive disorder?. **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 25, n. 4, p. 130–136, 2020.

JAKOBSEN, Janus Christian; KIRSCH, Irving. Should antidepressants be used for major depressive disorder? **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 0, n. 0, p. 1–6, 2019.

JOHNELL, Kristina *et al.* Psychotropic drugs and the risk of fall injuries, hospitalisations and mortality among older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 32, p. 414–420, 2017.

JOHNSON, Sonia. Social interventions in mental health: a call to action. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 3, p. 245–247, 2017.

JORGE, Marianna Ferreira. Narrativas da (in) felicidade: Medicalização da vida e espírito empresarial na sociedade. In: **Anais: PPGCOM ESPM**. São Paulo: COMUNICON 2015., 2015. p. 1–16.

JÚNIOR, Evanildo Souza da Silva *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, n. 10, p. 49–60, 2010.

KAKUMA, Ritsuko *et al.* Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. **The Lancet**, v. 378, n. 9803, p. 1654–1663, 2011.

KANDOLA, Aaron *et al.* Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. **Elsevier Ltd**, 2019.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Diálogo aberto: pontos críticos da implementação no cuidado à crise psicótica. **Saúde Soc.**, v. 29, n. 2, p. 1–11, 2020.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **SAÚDE DEBATE**, v. 41, n. 115, p. 1143–1155, 2017.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. Diálogo aberto: um método para enfrentamento da psicose. **Expressa Extensão.**, v. 22, n. 2, p. 13–21, 2017.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. O diálogo aberto e os desafios para sua implementação – análise a partir da revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 229–246, 2019.

KARYOTAKI, E. *et al.* Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. **Elsevier**, 2016.

KATES, Nick *et al.* Improving collaboration between primary care and mental health services. **The World Journal of Biological Psychiatry**, v. 20, n. 10, p. 748–765, 2019.

KAZDIN, Alan E. Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. **Behaviour Research and Therapy**, v. 88, p. 7–18, 2017.

KELLER, Martin B. *et al.* Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized, controlled trial. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, n. 7, p. 762–772, 2001.

KELLY, Brian J. *et al.* Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, 2011.

KELLY, Y *et al.* What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. **Arch Dis Child**, v. 96, p. 832–837, 2011.

- KENNEDY, Sidney H. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. **SAGE Publications Inc.**, 2016.
- KHAN, Arif *et al.* Antidepressant – placebo differences in 16 clinical trials over 10 years at a single site: role of baseline severity. **Psychopharmacology**, v. 214, p. 961–965, 2011.
- KHAN, Arif *et al.* Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. **World Psychiatry**, v. 16, p. 181–192, 2017.
- KINALSKI, Daniela Dal Forno *et al.* Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 2, p. 443–448, 2017.
- KIRSCH, Irving *et al.* Do outcomes of clinical trials resemble those of “real world” patients? A reanalysis of the STAR\*D antidepressant data set. **Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice**, v. 5, n. 4, p. 339–345, 2018.
- KISELY, S. *et al.* Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. **Psychological Medicine**, v. 30, p. 1217–1225, 2000.
- KŁAPCIŃSKI, Michał M.; RYMASZEWSKA, Joanna. Open Dialogue Approach – about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. **Psychiatria Polska**, v. 49, n. 6, p. 1179–1190, 2015.
- KLOCK, Patricia *et al.* Melhores práticas na gerência do. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. 1–14, 2019.
- KOH, Howard K *et al.* Translating Research Evidence Into Practice to Reduce Health Disparities: A Social Determinants Approach. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 1, p. 572–584, 2010.
- KOVRT, Brandon A. *et al.* Therapist competence in global mental health: Development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. **Behaviour Research and Therapy**, v. 69, p. 11–21, 2015.
- KUNSCH, D. A. Comunicação e pensamento compreensivo: o ensaio como forma de expressão do conhecimento científico. **Líbero**, v. 15, n. 29, p. 33–42, 2012.
- KVAM, Siri *et al.* Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. **Elsevier B.V.**, 2016.
- LACASSE, Jeffrey R; LEO, Jonathan. Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. **PLoS Medicine** |, v. 2, n. 12, p. 1211–1216, 2005.
- LACERDA, Josimari Telino de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio (org.). **Processo de Trabalho na Atenção Básica**. 2 ed. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina, 2016.
- LAKEMAN, Richard. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. **Psychotherapy in Australia**, v. 20, n. 3, p. 28–35, 2014.
- LANGE, Klaus W. Task sharing in psychotherapy as a viable global mental health approach in resource-poor countries and also in high-resource settings. **Global Health Journal**, v. 5, n. 3, p. 120–127, 2021.
- LARVIN, Harriet; PECKHAM, Emily; PRADY, Stephanie L. Case-finding for common mental disorders in primary care using routinely collected data: a systematic review. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 54, n. 10, p. 1161–1175, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01744-4>.

LAU, Rosa *et al.* Achieving change in primary care — effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions : systematic review of reviews Search strategy. **BMJ Open**, v. 5, p. 1–16, 2015.

LAYARD, Richard *et al.* **Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy**. [S. l.]: Centre for Economic Performance, 2007.

LEE, Mo Yee *et al.* Outcome literature review of integrative body-mind-spirit practices for mental health conditions. **Social Work Research**, v. 42, n. 3, p. 251–265, 2018.

LEHMANN, Peter. About the Intrinsic Suicidal Effects of Neuroleptics. **International Journal of Psychotherapy**, v. 16, n. 1, p. 30–49, 2012.

LEHMANN, Peter. Alternativas a la psiquiatria. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq**, v. 33, n. 117, p. 137–150, 2013a.

LEHMANN, Peter. Early Warning Signs of Chronic or Lethal Diseases Due to the Administration. **The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy disease**, v. 13, n. 1, p. 21–29, 2013b.

LEPPAUS, Elaine de Oliveira *et al.* **Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental**. 2018.

LESTER, Helen; GLASBY, Jon; TYLEE, André. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? **British Journal of General Practice**, p. 285–291, 2004.

LIMA, Juliana Gagno *et al.* Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

LIMA, EJB. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito. *In*: SPINK, MJP; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J (org.). **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011. p. 108–134.

LIMA, Maria Cristina Pereira *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 717–723, 2008.

LIMA, Wesley Antonio Lopes de; CHRISTO, Sarah Andrade Campos; MACHADO, Carla Jorge. Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3309–3310, 2016.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 883–896, 2019.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, 2014.

LINDE, Klaus *et al.* Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: Systematic review and meta-analysis. **Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 1, p. 56–68, 2015.

LOBE, Bojana. Best Practices for Synchronous Online Focus Groups. *In*: BARBOUR, Rosaline; MORGAN, David L. (org.). **A New Era in Focus Group Research Challenges, Innovation and Practice**. 2013. p. 227–250.

LONDERO, Igor; THAIS, Janaína; PACHECO, Barbosa. Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? Uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. **Psicologia em Estudo**, n. 11, p. 259–267, 2006.

LOPES, Claudia Souza *et al.* Inequities in access to depression treatment: Results of the Brazilian National Health Survey - PNS. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2016.

- LOPES, Claudia de Souza *et al.* Trend in the prevalence of depressive symptoms in Brazil: results from the Brazilian National Health Survey 2013 and 2019. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, 2022.
- LÓPEZ-RODRÍGUEZ, Juan A. Overdiagnosis in health sciences: A scope review for Mental Health conditions. **Atencion Primaria**, v. 50, p. 65–69, 2018.
- LOVERO, Kathryn L.; GIUSTO, Ali M.; WAINBERG, Milton L. Evidence for efficacy of psychosocial interventions in LMICs. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 2, p. 113–114, 2020.
- LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451–467, 2008.
- LUND, Crick *et al.* Global Mental Health 1 Poverty and mental disorders : breaking the cycle in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 378, n. 9801, p. 1502–1514, 2011. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X).
- LUND, Crick *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. 1–7, 2012.
- LUND, Crick *et al.* Review Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 357–369, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9).
- LUND, C.; STANSFELD, S.; SILVA, M. De. Determinantes sociais da saúde mental. *In*: V. PATEL, H. MINAS, A. COHEN, MJ Prince (org.). **Saúde Mental Global: Princípios e Prática**. Nova York: Oxford University Press, 2013. p. 116–136.
- LUZ, MT; BARROS, FB. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.
- MACEDO, João Paulo *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira The regionalization of mental health and new challenges of the Psychiatric Reform in Brazil. **Saúde Soc**, v. 26, n. 1, p. 155–170, 2017.
- MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme Neves; RAMOS, Julia Florêncio Carvalho. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção básica e a rua. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, p. 919–930, 2014.
- MACHADO, Irene. Controvérsias sobre a cientificidade da linguagem. **Líbero**, v. XI, n. 22, p. 63–74, 2008.
- MACHADO-VIEIRA, Rodrigo *et al.* As bases neurobiológicas do transtorno bipolar Neurobiological Basis of Bipolar Disorder. **Rev. Psiq. Clín**, v. 32, n. 1, p. 28–33, 2005.
- MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro de. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. **ECOS | Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 1, n. 8, p. 168–173, 2017.
- MAHINDRU, Aditya; PATIL, Pradeep; AGRAWAL, Varun. Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. **Cureus**, 2023.
- MANCINI, Renato Lendimuth; VALIENGO, Leandro da Costa Lane. Psicofármacos. *In*: GUSSO, Gustavo - Lopes; CERATTI, José Mauro (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Artmed, 2019. p. 2342.
- MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Analysis by triangulation of methods: a reference to qualitative research. **Revista Univap**, v. 20, n. 34, p. 201–208, 2014.

MARÍN-LEÓN, Letícia; OLIVEIRA, Helenice Bosco De; BERTI, Marilisa. Social inequality and common mental disorders. **Rev Bras Psiquiatr.**, p. 1–5, 2007.

MARK, Tami L. For What Diagnoses Are Psychotropic Medications Being Prescribed? A Nationally Representative Survey of Physicians. **Drugs**, v. 24, n. 4, p. 319–326, 2010.

MARK, Chung Wai; HOW, Choon; PING, Yin. Managing depression in primary care. **Singapore Med J**, v. 58, n. 8, p. 459–466, 2017.

MARSHALL, Tina *et al.* Supported Employment: Assessing the Evidence. **PSYCHIATRIC SERVICE**, v. 65, n. 1, p. 16–23, 2014.

MARTINS, Rita de Cássia Andrade. Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho na saúde mental. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.** v. 11, n. 1, p. 96–116, 2019.

MASLEJ, Marta M. *et al.* Individual Differences in Response to Antidepressants. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 5, p. 490, 2021.

MASLEJ, Marta M. *et al.* The Mortality and Myocardial Effects of Antidepressants Are Moderated by Preexisting Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 86, n. 5, p. 268–282, 2017.

MATTOS, Maria Isabel Perez *et al.* Implementation of Group Interpersonal Psychotherapy in primary care. **Revista de Saude Publica**, v. 56, 2022.

MATTOS, Ana Carolina Einsfeld; ROCHA, Luciana Silva da; RODRIGUES, Lovaine. Dialogando sobre alimentação e nutrição na saúde mental: Ações promotoras de saúde por meio de oficinas de horticultura. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 9, n. 2, p. 17–24, 2018.

MATTOSO, Beatriz Guedes; TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; ALMEIDA, Sabrina Rodrigues de. Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência. **HU Revista**, v. 48, n. 1, p. 1–5, 2022.

MAUST, Donovan T *et al.* Antipsychotics, Other Psychotropics, and the Risk of Death in Patients With Dementia Number Needed to Harm. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 5, p. 438–445, 2015.

MAZZAIA, Maria Cristina. **Needs in Mental Health and Research**. NLM (Medline), 2018.

MEDAWAR, Charles. **The Antidepressant Web Marketing depression and making medicines work** *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. IOS Press, 1997. Disponível em: <http://www.socialaudit.org.uk>.

MELO, Antonio Henrique Ferreira; FREITAS, Fernando. Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, p. 96–109, 2023.

MENDENHALL, Emily *et al.* Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care : Stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa and Uganda. **Social Science & Medicine**, v. 118, p. 33–42, 2014.

MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. *In*: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.

MENDES, Conrado Moreira. A pesquisa on line: potencialidades da pesquisa qualitativa no ambiente virtual. **Hipertextus**, v. 2, n. 2004, p. 9, 2009.

MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O que é um Ensaio-Teórico? **Rev adm contemp**, n. 2, p. 320–332, 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac>.

- MENEZES, Alice Lopes do Amaral. **Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde**. 2012. 42 f. - Universidade do Estado do Rio de Janeiro., 2012.
- MENEZES, Alice Lopes do Amaral; FORTES, Sandra; JUNIOR, Benilton Carlos Bezerra. **Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde**. Belén: Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de família e Comunidade, 2013.
- MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. *In*: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). (org.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.
- MESQUITA, JOSÉ FERREIRA DE; NOVELLINO, MARIA SALET FERREIRA; CAVALCANTI, MARIA TAVARES. **Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Caxambu - MG: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP., 2010.
- MIDDLETON, Hugh; MONCRIEFF, Joanna. Critical psychiatry: a brief overview. **BJPsych Advances**, v. 25, n. 1, p. 47–54, 2019.
- MIGUELOTE, Vera Regina da Silva; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 190–196, 2010.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- MINAYO, M. C. S. O. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª edição. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MINAYO, M. C. de S. O. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; MINAYO-GÓMEZ, Carlos. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. *In*: GOLDENBERG, P.; (ORG.), R.M.G. MARSIGLIA; M.H.A. GOMES (org.). **O clássico e o novo: Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-142.
- MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ilene Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF1**, v. 18, n. 1, p. 151–160, 2013. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br).
- MIRANDA, Lilian. Desafios para o cuidado integral: saúde mental na Atenção Primária em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 839–841, 2018.
- MISHRA, Lokanath. Focus Group Discussion in Qualitative Research. **Focus Group Discussion in Qualitative Research**, v. 6, n. 1, p. 1–5, 2016.
- MITCHELL, Richard J *et al.* Neighborhood Environments and Socioeconomic Inequalities in Mental Well-Being. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 49, n. 1, p. 80–84, 2015.
- MOILANEN, J. *et al.* Characteristics of Subjects With Schizophrenia Spectrum Disorder With and Without Antipsychotic Medication – a 10-Year Follow-Up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. **European Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 53–58, 2013.
- MOJTABAI, Ramin; OLFSON, Mark. National Trends in Psychotropic Medication Polypharmacy in Office-Based Psychiatry. **Archives of general psychiatry**, v. 67, n. 1, p. 26–36, 2015.

MONCRIEFF, Joanna. Against the Stream Series Against the stream: Antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. **BJPsych Bulletin**, v. 42, p. 42–44, 2018.

MONCRIEFF, J. El pasado y el futuro de la psiquiatría y sus fármacos. In: ZURITA, Marcos (org.). **ATLAS otra revista de salud mental**. 17. ed. Córdoba: Autowahn editora, 2019. v. 6, p. 17–32.

MONCRIEFF, Joanna. Magic Bullets for Mental Disorders: The Emergence of the Concept of an “Antipsychotic” Drug. **Journal of the History of the Neurosciences**, v. 22, n. 1, p. 30–46, 2013.

MONCRIEFF, Joanna. Persistent adverse effects of antidepressants. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, p. 1–2, 2020.

MONCRIEFF, Joanna. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. **British journal of Psychiatry**, v. 188, n. 04, p. 301–302, 2006.

MONCRIEFF, J. Research on a ‘drug-centred’ approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 2, p. 133–140, 2018a.

MONCRIEFF, J., *et al.* The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. **Molecular Psychiatry**, p. 1–14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>. Acesso em: 14 set. 2022.

MONCRIEFF, J. What does the latest meta-Analysis really tell us about antidepressants?. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 5, p. 430–432, 2018b.

MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Saúde mental como tema transversal no currículo de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 4, p. 420–423, 2003.

MONTEJO, Angel Luis *et al.* Fluvoxamine in a Prospective, Multicenter, Descriptive Clinical of 344 Patients ADHD Comorbidity Findings From the MTA Study: Sexual Dysfunction: Comparing Comorbid Subgroups. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 3, p. 175–194, 2001.

MOORE, Thomas J; GLENMULLEN, Joseph; FURBERG, Curt D. Prescription Drugs Associated with Reports of Violence Towards Others. **PLoS Medicine**, v. 5, n. 12, p. 1–5, 2010.

MORAIS, Maria de Lima Salum e; SEGRI, Neuber José. Prevalência de transtornos mentais comuns auto-referidos e sua relação com os serviços de saúde em municípios da Baixada Santista - SP. **SUS: Mosaico de Inclusões**, v. 13, p. 141–146, 2011.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc**, v. 21, n. 1, p. 161–170, 2012.

MOREIRA, Kelvin Henrique Rodrigues; MATOS, Rafael Rodrigues. Farmacoterapêutica utilizando lítio no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 1, p. 37–53, 2014.

MORETTI, Andreyra Cristina *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1827–1834, 2010.

MORGAN, Karine Vichiatt; NAJJAR, Jorge Nassim Vieira. Na contramão da gestão democrática: políticas educacionais no Brasil a partir de 2016. **Roteiro**, v. 45, p. 1–22, 2020. Disponível em: <https://unoesc.emnuvens.com.br/roteiro/article/view/23390>.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; MARCHIORI, Ricardo de Almeida. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 834–835, 2013.

- MOURA, Dean Carlos Nascimento de *et al.* Abuse of Psychotropic drugs by demand of the family health strategy. **SANARE, Sobral**, p. 136–144, 2016.
- MOYNIHAN, Ray *et al.* Financial ties between leaders of influential US professional medical associations and industry: cross sectional study. **BMJ**, v. 369, n. 1505, p. 1–7, 2020.
- MREJEN, Matías; HONE, Thomas; ROCHA, Rudi. Socioeconomic and racial/ethnic inequalities in depression prevalence and the treatment gap in Brazil: A decomposition analysis. **SSM - Population Health**, v. 20, 2022.
- MREJEN, Matías; ROCHA, Rudi. **Como anda a saúde mental no Brasil? Evolução, desigualdades e acesso a tratamentos.** 2021. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Olhar\\_IEPS\\_03.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Olhar_IEPS_03.pdf). Acesso em: 9 dez. 2023.
- MTCI, BVS. **Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas.** 2021. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>.
- MUIR-COCHRANE, Eimear *et al.* Prevalence of the use of chemical restraint in the management of challenging behaviours associated with adult mental health conditions: A meta-synthesis. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 27, n. 4, p. 425–445, 2020.
- MUIR-COCHRANE, Eimear; OSTER, Candice; GRIMMER, Karen. International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 26, n. 3, p. 927–956, 2020.
- MUNETSI, Epiphany *et al.* Trained lay health workers reduce common mental disorder symptoms of adults with suicidal ideation in Zimbabwe: a cohort study. **BMC Public Health**, v. 18, p. 1–7, 2018.
- MURCHO, Nuno; PACHECO, Eusébio; JESUS, Saul Neves de. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 15, n. 15, p. 30–36, 2016.
- MURICY, Andrezza Lima *et al.* Implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS na Atenção Primária. **Revista de APS**, v. 25, n. 1, p. 70–89, 2022. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-0494-2594>.
- MURRAY, Mark.; Tantau, Catherine. Agendamentos para o mesmo dia: explodindo o paradigma do acesso. **Gestão de prática familiar**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000.
- MUSYIMI, Christine W. *et al.* Mental health treatment in Kenya: task-sharing challenges and opportunities among informal health providers. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, n. 1, p. 45, 2017.
- MYHR, Gail; PAYNE, Krista. Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy for Mental Disorders: Implications for Public Health Care Funding Policy in Canada. **Can J Psychiatry**, v. 51, n. 10, p. 662–670, 2006.
- NABUCO, Guilherme; PIRES DE OLIVEIRA, Maria Helena Pereira; AFONSO, Marcelo Pellizzaro Dias. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1–11, 2020.
- NADKARNI, Abhijit *et al.* The management of adult psychiatric emergencies in low-income and middle-income countries: a systematic review. **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 6, p. 540–547, 2015.
- NAGY, Emma; MOORE, Spencer. Social interventions: An effective approach to reduce adult depression? **Journal of Affective Disorders**, v. 218, n. April, p. 131–152, 2017.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 25, n. 2, p. 382–392, 2009.

NASCIMENTO, Rafael Baioni do. O ensaio como forma e a narrativa como método: encontros com a Teoria Crítica e o feminismo negro. **Educação, Escola & Sociedade**, v. 14, n. 16, p. 1–26, 2021.

NATIONS UNITED. **Report of the International Narcotics Control Board for 2017**. 2018.

NETO, João Leite Ferreira. Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 110–118, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/prc](http://www.scielo.br/prc).

NETO, João Leite Ferreira; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.

NHS. **Mindfulness**. 2024. Disponível em: <https://www.nhs.uk/mental-health/self-help/tips-and-support/mindfulness/>. Acesso em: 5 jul. 2024.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence. **Depression in adults: treatment and management NICE guideline**. 2022. Disponível em: [www.nice.org.uk/guidance/ng222](http://www.nice.org.uk/guidance/ng222).

NIELSEN, Margrethe; HANSEN, Ebba Holme; GOTZSCHE, Peter C. Dependence and withdrawal reactions to benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. How did the health authorities react? **Int J Risk Saf Med**, v. 30, n. 2, p. 155–168, 2013.

NISSEN, Nina *et al.* Public health ethics for complementary and alternative medicine. **European Journal of Integrative Medicine**, v. 5, n. 1, p. 62–67, 2013.

NOBRE, Victor *et al.* Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa? **APS em Revista**, v. 5, n. 2, p. 56–64, 2023. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao->.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa *et al.* Mental health nursing education in Brazil: Perspectives for primary health care. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020.

NOGUEIRA, R. P. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminare, 2003.

NOIA, Aparecida Santos *et al.* Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, p. 38–43, 2012.

NORDON, David Gonçalves; HÜBNER, Carlos Von Krakauer. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 2, p. 66–69, 2009.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1–10, 2015.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. **British Journal of General Practice**, v. 69, n. 678, p. 28–29, 2019.

NORONHA, Luciana Kiehl *et al.* **Guia de auriculoterapia para ansiedade baseado em evidências**. 2020. Disponível em: [https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Guia-ansiedade-06\\_12\\_2020.pdf](https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Guia-ansiedade-06_12_2020.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.

NORTON, J *et al.* Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: Comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. **Encephale.**, v. 35, n. 6, p. 560–569, 2009.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: Avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1213–1232, 2016.

OLA, Bolanle Adeyemi; ATILOLA, Olayinka. Comment Task-shifted interventions for depression delivered by lay primary health-care workers in low-income and middle-income countries. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 7, p. e829–e830, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30197-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30197-4).

OLDS, David L *et al.* Development: Age 6 Follow-Up Results of a Randomized Trial. **Pediatrics**, v. 114, n. 6, p. 1550–1559, 2014.

OLDS, David L. Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From Randomized Trials to Community Replication. **Prevention Science**, v. 3, n. 3, p. 153–172, 2002.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Eletroconvulsivoterapia (ECT)/Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 11, n. 28, p. 46–68, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69772/41712>.

OLIVEIRA, Ana Karla Sousa de *et al.* Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 953–959, 2012. Disponível em: [www.scielo.br/reensp](http://www.scielo.br/reensp).

OLIVEIRA, Marina Maria D E. **O uso de antidepressivos por indivíduos sem diagnóstico de transtorno mental na população geral**. 2018. 42 f. - Universidade Católica de Santos, 2018.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de *et al.* Recovery e saúde mental: uma revisão da literatura latinoamericana. **Revista Iberoamericana de Psicología**, v. 14, n. 2, p. 69–81, 2021.

OLIVEIRA, Jarbas; CAVALCANTI, Fillipe; ERICSON, Sóstenes. Medicalização da subjetividade e fetichismo psicofármaco: uma análise dos fundamentos. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, 2024.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Estratégias colaborativas para implementação de acesso avançado: uma revisão de escopo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 27, n. 296, p. 185–213, 2023.

OLIVEIRA, Luiz Carlos de; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. **Salusvita, Bauru**, v. 19, n. 2, p. 89–100, 2000.

OLSON, Mary; SEIKKULA, Jaakko; ZIEDONIS, Douglas. **the key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity Criteria**. 1. ed. Worcester: 2014.

ONOCKO-CAMPO, R; GAMA, C. Saúde Mental na atenção básica. *In*: CAMPOS, G.W. S; GUERRERO, A. V. P (org.). **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. Huritec, 2013. p. 221–246.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 10, p. 2889–2899, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643–4652, 2011.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos**. Pan American Health Organization, 2022.

OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses. **Contributo dos Psicólogos para a Sustentabilidade do SNS**. 2016.

ORNELL, Felipe *et al.* "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz J Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232–235, 2020.

PACK, Brasil Adulto Practical. **PACK Brasil Adulto Practical Approach to Care Kit Kit de Cuidados em Atenção Primária**. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020. Disponível em: [www.knowledgetranslation.co.za/contact-us](http://www.knowledgetranslation.co.za/contact-us).

PADMANATHAN, Prianka; DE SILVA, Mary J. The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science & Medicine**, v. 97, p. 82–86, 2013.

PAIM, Jairnilson. Mudanças na PNSM: participação social atropelada, de novo. **Boletim Oaps/Cdv**, v. 4, n. 15, p. 1–6, 2018.

PAINTER, Anthony. A universal basic income: the answer to poverty, insecurity, and health inequality? **BMJ**, p. i6473, 2016.

PAQUETTE-WARREN, Jann *et al.* What do practitioners think? A qualitative study of a shared care mental health and nutrition primary care program. **International Journal of Integrated Care**, v. 6, n. 9, 2006. Disponível em: <http://www.ijic.org/>.

PARISH, Abby Luck; GILLIS, Brenna; ANTHAMATTEN, Angelina. Pharmacotherapy for Depression and Anxiety in the Primary Care Setting. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 19, n. 4, 2023.

PASSOS, Eduardo *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, n. 41, p. 24–38, 2013.

PASSOS, Eduardo; CARVALHO, Yara M. The formation for sus, opening new trails for the production of the common. **Saude e Sociedade**, v. 24, p. 88–97, 2015.

PATEL, Vikram *et al.* Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. **The Lancet**, v. 387, n. 10028, p. 1672–1685, 2016.

PATEL, Vikram *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. **The Lancet**, v. 376, n. 9758, p. 2086–2095, 2010. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61508-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61508-5).

PATEL, V; Minas, H; Cohen, A; Prince, MJ. **Global mental health: principles and practice**. Oxford: Oxford University Press, 20, 2014.

PATEL, Vikram *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, p. 459–466, 2011.

PATEL, Vikram *et al.* The effectiveness and cost-effectiveness of lay counsellor-delivered psychological treatments for harmful and dependent drinking and moderate to severe depression in primary care in India: PREMIUM study protocol for randomized controlled trials. **Trials**, v. 15, n. 101, p. 1–14, 2014.

PATTEN, Scott B. The impact of antidepressant treatment on population health: Synthesis of data from two national data sources in Canadá. **Population Health Metrics**, v. 2, 2004.

- PEARCE, Matthew *et al.* Association Between Physical Activity and Risk of Depression. **JAMA Psychiatry**, v. 79, n. 6, p. 550, 2022.
- PECH, Josefine *et al.* Poor evidence for putative abnormalities in cerebrospinal fluid neurotransmitters in patients with depression versus healthy non-psychiatric individuals: A systematic review and meta-analyses of 23 studies. **Elsevier B.V.**, 2018.
- PEÑA, Hernando Zaragoza; VIDAL, Ariel Faure. Auriculoterapia y fitoterapia en los trastornos generalizados de ansiedad. **Rev Hosp Psiq Habana**, v. 5, n. 1, p. 1–6, 2008.
- PEREIRA, Mara Dantas *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548, 2020.
- PEREIRA, Rafaela Miranda Proto; AMORIM, Fábio Ferreira; GONDIM, Maria de Fátima de Novais. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1–17, 2020.
- PEREIRA, Alexandre de Araújo; ANDRADE, Daniela Correia Leite. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 6–14, 2018.
- PEREIRA, Marco Túlio Caria Guimarães; SOUZA, Felipe Augusto Morais de; CARDOSO, Felipe Monte. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2568, 2021.
- PHIBBS, Suzanne *et al.* The Inverse Response Law: Theory and Relevance to the Aftermath of Disasters. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 5, p. 916, 2018.
- PIGOTT, H. Edmund *et al.* What are the treatment remission, response and extent of improvement rates after up to four trials of antidepressant therapies in real-world depressed patients? A reanalysis of the STAR\*D study's patient-level data with fidelity to the original research protocol. **BMJ Open**, [v. 13, n. 7, 2023].
- PIK, Nimrod. More treatment, but what kind of treatment? A response to Mulder, Rucklidge and Wilkinson. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 52, n. 8, p. 1, 2018.
- PINTO, Natália Balera Ferreira *et al.* Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 6, p. 735–741, 2014.
- PINTO, Vitor Menoita; CAPELETTI, Nuno de Mattos. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1–8, 2019a.
- PINTO, Vitor Menoita; CAPELETTI, Nuno de Mattos. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 14, n. 41, p. e1710–e1710, 2019b.
- PIRKIS, Jane *et al.* Evaluation of the Better Access to psychiatrists, psychologists and general practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative. n. February, p. 1–61, 2011.
- PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 30, n. 13, p. 67–77, 2009.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiv**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, 2011.

PRADO, Maria Aparecida Medeiros Barros do; FRANCISCO, Priscila Maria S. Bergamo; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional \*. **Epidemiol. Serv. Saude**, 26, n. 4, p. 747–758, 2017.

PRINCE, Martin *et al.* No health without mental health. **LANCET**, p. 859–877, 2007.

PULHIEZ, Gabriel Calixto; NORMAN, Armando Henrique. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 1–10, 2021.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 4, p. 2–15, 2001.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salette Bessa. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 569–583, 2010.

QUINTANA, Maria Ines *et al.* Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. **PLOS ONE**, v. 8, n. 5, p. 1–7, 2013.

QUIRINO, Túlio Romério Lopes *et al.* Estratégias de cuidado em saúde mental do trabalhador durante a pandemia da Covid-19 uma experiência na atenção primária à saúde. **Estudos Universitários: revista de cultura**, v. 37, n. 1, p. 172–192, 2020. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0002-7879-8708>.

RAMANUJ, Parashar; FERENCHICK, Erin K.; PINCUS, Harold Alan. **Depression in primary care: part 2 - management**. BMJ Publishing Group, 2022.

RAMÍREZ-ORTIZ, Jairo *et al.* Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. **Colombian Journal of Anesthesiology**, v. 48, n. 4, 2020.

RASERA, Emerson Fernando; ROCHA, Rita Martins Godoy. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 35–44, 2010.

RAUPP, Luciane *et al.* Characterization of actors and practices of Harm Reduction in the South region of Brazil. **Saude e Sociedade**, v. 31, n. 2, 2022.

RAVIOLA, Giuseppe *et al.* Innovative Models in Mental Health Delivery Systems: Task Sharing Care with Non-specialist Providers to Close the Mental Health Treatment Gap. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 44, p. 1–13, 2019.

READ, John. The experiences of 585 people when they tried to withdraw from antipsychotic drugs. **Addictive Behaviors Reports**, v. 15, 2022.

READ, John; CARTWRIGHT, Claire; GIBSON, Kerry. How many of 1829 antidepressant users report withdrawal effects or addiction? **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 27, n. 6, p. 1805–1815, 2018.

READ, John; KIRSCH, Irving; MCGRATH, Laura. Electroconvulsive Therapy for Depression: A Review of the Quality of ECT versus Sham ECT Trials and Meta-Analyses. **Ethical Human Psychology and Psychiatry**, v. 21, n. 2, p. 64–103, 2019.

REBOUÇAS, Gabriela Maia. O ensaio como reflexão metodológica para o campo jurídico. *In*: 2008. **Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI**. 2008. p. 3196–3209.

RECCHIA, Francesco *et al.* Comparative effectiveness of exercise, antidepressants and their combination in treating non-severe depression: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ Publishing Group**, 2022.

REEFHUIS, Jennita *et al.* Specific SSRIs and birth defects: bayesian analysis to interpret new data in the context of previous reports. **BMJ**, p. 1–8, 2015.

REGALADO, Joana *et al.* The benzodiazepines use and psychological intervention in a Porto health. **Biomed Biopharm Res**, v. 14, n. 2, p. 161–171, 2017.

REYNO, Sandra M; MCGRATH, Patrick J. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** **47:1**, v. 47, n. 1, p. 99–111, 2006.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 77–83, 2009.

RIBEIRO, Wagner Silva *et al.* A systematic review of evidence-based interventions for child and adolescent mental health problems in low- and middle-income countries. **Comprehensive Psychiatry**, v. 121, 2023.

RIBEIRO, Sidarta *et al.* It is time for more holistic practices in mental health. **PLOS Mental Health**, v. 1, n. 1, p. e0000028, 2024.

RICCI, Ellen Cristina. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de Recovery em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 21, p. 212–228, 2017.

RICHTER, Dirk; DIXON, Jeremy. **Models of mental health problems: a quasi-systematic review of theoretical approaches**. Taylor and Francis Ltd., 2023.

RICOU, Miguel *et al.* consultations Effect of psychology consultation on subsequent general practitioner doctor consultations. **Polish Psychological Bulletin**, v. 50, n. 3, p. 254–258, 2019.

RIJSWIJK, E van *et al.* Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. **Int J Clin Pharmacol Ther**, v. 45, n. 1, p. 23–29, 2007.

ROCA, M *et al.* Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. **Journal of Affective Disorders**, v. 119, n. 1–3, p. 52–58, 2009.

ROCHA, Saulo Vasconcelos *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 630–640, 2010.

RODRIGUES, Patrícia Matte *et al.* **A tutoria na residência multiprofissional em saúde: potencializando a formação através de um espaço de reflexão das práticas**. Santa Cruz do Sul: II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde. 2016.

RODRIGUES, Patrícia Matte. **Práticas psicológicas na Atenção Básica: vivências de psicólogos que atuam em residência multiprofissional em saúde**. 2017. 1–145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

RODRIGUES, Maria Aparecida P; FACCHINI, Augusto Luiz; LIMA, Maurício Silva de. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 107–114, 2006.

RODRIGUES, Carlos Alexandre da Silva; GRIGOLO, Tânia Maris; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O Recovery e o Wrap como ações despatologizantes em saúde mental, álcool e outras drogas. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 9, n. 2, p. 490–512, 2023.

RODRIGUES, Maria Cristina Soares; OLIVEIRA, Cesar de. Interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos em polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa 1 Métodos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 1–17, 2016.

RODRIGUEZ-PULIDO, Francisco *et al.* **Treatment of Depression in Primary Care with Computerized Psychological Therapies: Systematic Reviews**. Springer, 2020.

ROSA, Fernanda Santana *et al.* A prescrição de psicotrópicos e a reavaliação médica The psychotropic prescription and the medical evaluation. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 1, p. 52–53, 2012.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 37–44, 2011.

ROSS, Ryan E. *et al.* The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. **Molecular Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 298–328, 2023.

ROSS, Joseph S.; GROSS, Cary P.; KRUMHOLZ, Harlan M. Promoting Transparency in Pharmaceutical Industry – Sponsored Research. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 1, p. 72–80, 2012.

ROTOLI, Adriana *et al.* Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1–9, 2019.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **R. Psiquiatr. RS**, v. 26, n. 2, p. 204–212, 2004.

SADOCK, BJ; SADOCK, VA; SUSSMAN, N. **Manual de Farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SALDANHA, Nelson. **Filosofia, povos, ruínas: páginas para uma filosofia da história**. Rio de Janeiro: Calibã, 2002.

SALES, André Luis Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 812–812, 2009.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira *et al.* Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 41, p. e20190297, 2020.

SALVI, Fabio *et al.* Adverse Drug Events as a Cause of Hospitalization in Older Adults. **Drug Saf**, v. 35, n. 1, p. 29–45, 2012.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro**. 2011. 1–221 f. Mestrado - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

SANTOFT, Fredrik *et al.* **Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: Systematic review and meta-analysis**. Cambridge University Press, 2019.

SANTOS, Tania Steren dos. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: Ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**, n. 22, p. 120–156, 2009.

- SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 10 ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SANTOS, H.C. *et al.* Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 30, n. 3, p. 285–289, 2010.
- SANTOS, Irani Gomes Dos; BATISTA, Nildo Alves; DEVINCENZI, Macarena Urrestarazu. Residência multiprofissional em Saúde da Família: Concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 53, p. 349–360, 2015.
- SANTOS, Rayssa Becchi dos; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Understanding the current medicalization process in the mental context. **Salud & Sociedad**, v. 10, n. 1, p. 22–37, 2019.
- SAWCHUK, Craig N.; CRANER, Julia R. Evidence-Based Psychotherapy in Primary Care. **Focus**, v. 15, n. 3, p. 264–270, 2017.
- SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Lançada nova versão de ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica na APS**. 2023.
- SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2014.
- SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**. 2012a. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/tratado-de-medicina-de-familia-e-comunidade/>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Tratado de medicina e comunidade**. 2012b. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/tratado-de-medicina-de-familia-e-comunidade/>. Acesso em: 12 out. 2020.
- SCHAUENBURG, H.; BSCHOR, T. Sollten leichte Depressionen behandelt werden? Pro. **Der Nervenarzt**, v. 84, n. 3, p. 386–387, 2013.
- SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MENEZES, Erica Lima. Atenção primária à saúde: Espaço potencial de criatividade. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 137, 2016.
- SCHILDKRAUT, J. J. Hypothesis of Affective Disorder. **J Neuropsiquiatria Clin Neurosci.**, v. 7, n. 4, p. 524–533, 1995.
- SCHOLTEN, Willemijn; BATELAAN, Neeltje; VAN BALKOM, Anton. Barriers to discontinuing antidepressants in patients with depressive and anxiety disorders: a review of the literature and clinical recommendations. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 10, p. 1–10, 2020.
- SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade *et al.* Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 897–908, 2004.
- SCHUCH, Felipe B. *et al.* Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. **Journal of Psychiatric Research**, v. 77, p. 42–51, 2016.
- SCHWARTZ, Thomas L.; SACHDEVA, Shilpa. Integrando Psicoterapia e Psicofarmacologia: Desfechos, endofenótipos e os fundamentos teóricos sobre eficácia. In: OLIVEIRA, Irismar Reis de; SCHWARTZ, Thomas; STAHL, Stephen M. (org.). **Integrando Psicoterapia E Psicofarmacologia - Manual Para Clínicos**. Grupo A, 2015. p. 328.
- SEBASTIÃO, Conceição de Oliveira Elza; PELÁ, Irene Rosemir. Consumo de psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Pharmacy Practice**, v. 2, n. 4, p. 250–266, 2004.

- SECCO, Ana Caroline. **Os grupos de promoção de saúde como dispositivos de cuidado na atenção básica**. 2018. Dissertação - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018.
- SECCO, Ana Caroline; KOSTULSKI, Camila Almeida; ARPINI, Dorian Mônica. O Papel da Equipe nas Práticas Grupais na Atenção Básica em Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 83–98, 2022.
- SECCO, Ana Caroline; TESSER, Charles Dalcanale. Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 941–956, 2023.
- SEIKKULA, Jaakko *et al.* Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. **Psychotherapy Research**, v. 16, n. 2, p. 214–228, 2006.
- SEIKKULA, Jaakko *et al.* Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-Year Follow-Up on First Episode Schizophrenia. **Ethical Human Sciences and Services**, v. 5, n. 3, p. 163–182, 2003.
- SEIKKULA, Jaakko; ALAKARE, Birgitta; AALTONEN, Jukka. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. **Psychosis**, v. 3, n. 3, p. 192–204, 2011.
- SEMPLE, Randye; BURKE, Christine. State of the Research: Physical and Mental Health Benefits of Mindfulness-Based Interventions for Children and Adolescents. **OBM Integrative and Complementary Medicine**, v. 4, n. 1, p. 1–1, 2019.
- SEPPALA, Lotta J *et al.* Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 19, n. 4, p. 11–17, 2018.
- SES, Secretaria de estado de Saúde de Santa Catarina. **Diretrizes da organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina para a ampliação do acesso e melhoria do cuidado em saúde aos usuários SUS, na ótica do Acesso Avançado**. 2019.
- SHARMA, Tarang *et al.* Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. **BMJ**, v. 352, p. 1–10, 2016.
- SHEPARDSON, Robyn L. *et al.* **Psychological interventions for anxiety in adult primary care patients: A review and recommendations for future research**. Elsevier Ltd, 2018.
- SHI, Shaojun; MÖRIKE, Klaus; KLOTZ, Ulrich. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 64, p. 183–199, 2008.
- SHIM, Ruth S.; COMPTON, Michael T. Addressing the social determinants of mental health: If not now, when? If not us, who? **Psychiatric Services**, v. 69, n. 8, p. 844–846, 2018.
- SIGHINOL, Cecilia *et al.* Collaborative care for depression in European countries: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 77, p. 247–263, 2014.
- SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento *et al.* Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011–3020, 2015.
- SILVA, Nathália dos Santos *et al.* Desenvolvimento de recursos humanos pra atuar nos serviços de saúde mental. **Texto Context Enferm**, v. 22, n. 4, p. 1142–51, 2013.
- SILVA, Milene Zanoni da *et al.* O cenário da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil: história, panorama e perspectivas. **Temas em Educação e Saúde**, v. 16, n. esp. 1, p. 341–359, 2020.
- SILVA, Lidiane Rodrigues Campêlo da *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *In: IX Congresso nacional de Educação; III Congresso Sul Brasileiro de Pedagogia*. Curitiba: PUCPR, 2009. p. 4554–4566.

- SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, p. 200–209, 2018.
- SILVA, Rodrigo Alves dos Santos; OLIVER, Fátima Corrêa. Práticas específicas e compartilhadas de terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 7, n. 3, p. 1891–1910, 2023.
- SILVA, Artur Alves da; PADILHA, Wandson Alves Ribeiro. Fitoterapia e desmedicalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 2521, 2022.
- SILVA, Flavia Josiane Boff da; SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Artigos Percepção de médica (o) s e enfermeira (o) s da Saúde da Família sobre o uso da auriculoterapia em problemas de Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 26, p. 1–17, 2022a.
- SILVA, Flavia Josiane Boff da; SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Family Health doctors' and nurses' perceptions of the use of auriculotherapy for Mental Health problems (abstract: p. 17). **Interface: Communication, Health, Education**, v. 26, 2022b.
- SILVA, Alex Sandro Tavares da; SILVA, Rosane Neves da. A Emergência do Acompanhamento Terapêutico e as Políticas de Saúde Mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n. 2, p. 210–221, 2006.
- SILVA, João Paulo Lyra da; TAVAREZ, Cláudia Mara de Melo. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 290–301, 2003.
- SILVA, Jeanne Benevides Da; VASCONCELLOS, Pamela Arruda; FIGUEIREDO, Vanessa Catherina Neumann. Trabalho e sofrimento: desafios da saúde mental de profissionais de assistência social. **Psicologia em estudo**, v. 23, p. 1–11, 2018.
- SILVEIRA, Suely Teodora da *et al.* A Dispensação de Psicofármacos em um Município de Pequeno Porte: Considerações Acerca da Medicalização da Vida. **Psicologia em Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 17–25, 2016.
- SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139–148, 2009.
- SINGLA, Daisy 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, 2017.
- SIQUEIRA, Olívia Malheiro *et al.* Suporte de pares como estratégia de Recovery e a experiência dos redutores de danos da Rede Pública de Saúde Mental de Belo Horizonte. **Revista Iberoamericana de Psicología**, v. 14, n. 2, p. 47–55, 2021.
- SIRDIFIELD, Coral *et al.* General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: Systematic review and meta-synthesis. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 191, p. 1–13, 2013.
- SMITH, Tom G H. Antipsychotics in dementia – mortality risks and strategies to reduce prescribing. **Evid Based Mental Health**, v. 14, n. 2, p. 35–37, 2011.
- SMITH, Sm *et al.* Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, p. 1–125, 2017.
- SOALHEIRO, Nina Isabel; MOTA, Flavio Sagnori. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Rev. Polis e Psique**, v. 4, n. 2, p. 65–85, 2014.

SOARES, Nayana Santos Arêa *et al.* Harm reduction in primary healthcare: an integrative review of care strategies. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 54, p. 1–8, 2020.

SOARES, Daniely dos Anjos Muniz; MARTINS, Alberto MESAQUE. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, 2018.

SÖDERBACK, Ingrid; SÖDERSTRÖM, Marianne; SCHÄLANDER, Elisabeth. **Horticultural therapy: The “healing garden” and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden.** 2004.

SORATTO, Jacks *et al.* Job dissatisfaction among health professionals working in the family health strategy. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017.

SØRENSEN, Anders; JØRGENSEN, Karsten Juhl; MUNKHOLM, Klaus. Description of antidepressant withdrawal symptoms in clinical practice guidelines on depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 316, p. 177–186, 2022.

SOUSA, Fernando Sérgio de Pereira *et al.* Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, v. 21, n. 4, p. 1579–1599, 2011.

SOUZA, Nilzemar Ribeiro De *et al.* A estratégia de saúde da família enquanto um espaço para a saúde mental: uma pesquisa documental. **Ciência et Praxis**, v. 5, n. 9, p. 13–18, 2012. Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br).

SOUZA, Luís Souza e *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 18, p. 59–66, 2017.

SOUZA, Thaís Sampaio de; MIRANDA, Marlene Barreto Santos. Horticultura como tecnologia de saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 310, 2017.

SOUZA, Monique Navarro; VALEIRÃO, Kelin. As experiências da loucura na história ocidental e as ressonâncias no caso da colônia de Barbace. **Enciclopédia**, v. 5, p. 8–21, 2016.

SPIELMANS, Glen I; BIEHN, Tracey L; SAWREY, Dustin L. A Case Study of Salami Slicing: Pooled Analyses of Duloxetine for Depression. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 55108, p. 97–106, 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, Murray B. *et al.* Quality of and Patient Satisfaction with Primary Health Care for Anxiety Disorders Murray. **J Clin Psychiatry**, v. 72, n. 7, p. 970–976, 2012.

STELET, Bruno Pereira *et al.* “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

STERTZ, Adriane. **No rastreamento em saúde das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: as contribuições do profissional farmacêutico.** 2023. 1–38 f. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

STEWART-BROWN, Sarah L; SCHRADER-MCMILLAN, Anita. Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. **Health Promotion International**, v. 26, n. 1, p. 10–28, 2011.

STOKOLS, Daniel. Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion. **American Journal of Health Promotion**, v. 10, n. 4, p. 282–298, 1996.

STONE, Marc B. *et al.* Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. **The BMJ**, 2022.

STRAND, Michael. Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. **Theor Soc**, v. 40, p. 273–313, 2011.

SUNDQUIST, Jan *et al.* Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. p. 1–9, 2017.

TANAKA, OswaldoYoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477–486, 2009.

TAVARES, Sofia *et al.* The first Portuguese Open Dialogue pilot project intervention. **Frontiers in Psychology**, v. 14, 2023.

TAVARES, André Luís Bezerra; SOUZA, Adriano Rodrigues de; PONTES, Ricardo José Soares. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. April, p. 35–42, 2013.

TEIXEIRA, João Eduardo Marten *et al.* **Guia de auriculoterapia para insônia baseado em evidências**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

TEIXEIRA, Débora Silva *et al.* Improving patient-centered mental health promotion in primary care in vulnerable communities through mindfulness training in Rio de Janeiro, Brazil. **Frontiers in Medicine**, v. 11, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2024.1356040/full>.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. Será mesmo o fim da homeopatia? **Diagn Tratamento**, v. 11, n. 1, p. 61–3, 2006.

TELESSAÚDE, Núcleo Santa Catarina. **Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB)**. 2018.

TESSER, Charles Dalcanale. **Acesso e acolhimento às demandas dos usuários na APS Situação atual do acesso na atenção primária à saúde brasileira: principais problemas e estratégias de superação**. 2018. Disponível em: <https://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Tesser-Acesso-e-acolhimento-%C3%A0s-demandas-dos-usu%C3%A1rios-na-APS-2018-1.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2024.

TESSER, Charles Dalcanale. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1–27, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 61–76, 2006a.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 347–362, 2006b.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732–1742, 2009.

TESSER, C.D. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares: uma aproximação. *In*: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C.D.; ADAMY, E.K. (organizadores). (org.). **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021. p. 233–275.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice De. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 914–920, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; DALLEGRAVE, Daniela. Complementary and alternative medicine and social medicalization: lack of definitions, risks, and potentials in primary healthcare. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 8, 2020a.

TESSER, Charles Dalcanale; DALLEGRAVE, Daniela. Complementary and alternative medicine and social medicalization: lack of definitions, risks, and potentials in primary healthcare. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 8, 2020b.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO, Paulo Poli; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p. 3615–3624, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Rethinking the access to healthcare in the Family Health Strategy. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 869–883, 2014a.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Rethinking the access to healthcare in the Family Health Strategy. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 869–883, 2014b.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361–378, 2018.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 174–188, 2018.

TEWART-BROWN, Sarah. **Quais são as evidências sobre a promoção da saúde escolar na melhoria da saúde ou prevenção de doenças e, especificamente, qual é a eficácia da abordagem das escolas promotoras de saúde?** World Health Organization, 2006.

THIEL, Andreas. Antidepressive Pharmakotherapie bei leichten Depressionen – Pro und Contra. *In*: THERAPIE DER DEPRESSION. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2017. p. 309–315.

THOMSON, H *et al.* Housing improvements for health and associated socio- economic outcomes (Review). **The Cochrane Library**, [s. l.], n. 2, p. 1–335, 2013.

THOMSON, Rachel M. *et al.* To what extent does income explain the effect of unemployment on mental health? Mediation analysis in the UK Household Longitudinal Study. **Psychological Medicine**, v. 53, n. 13, p. 6271–6279, 2023.

TOFT, Tomas *et al.* Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. **Psychological Medicine**, p. 1175–1184, 2005.

TORRES, Maria Luiza Duarte *et al.* Prescrição de psicotrópicos e especialidade médica: Estudo em uma farmácia comercial no município do Maranhão. **Revista Científica do ITPAC**, v. 7, n. 4, p. 4–9, 2014.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; PADILHA, Maria Itayra; BREDÁ, Karen Lucas. O eufemismo das boas práticas ou a prática avançada de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, p. 1–8, 2019.

- TRABUCO, Karem Emannelly de Oliveira; SANTOS, Diajne da Silva. Da reforma sanitária a reforma psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. *In*: 2015, São Luiz/Maranhão. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz/Maranhão: 2015. p. 1–10.
- TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de saúde pública**, v. 51, n. 19, p. 8, 2017.
- TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Revisão Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–18, 2019.
- TURATO, E. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- TURNER, E. H. *et al.* Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. **N. Engl. J. Med.**, v. 358, n. 3, p. 252-260., 2008.
- TURNER, Erick H. *et al.* Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: Updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials. **PLoS Medicine**, v. 19, n. 1, p. 1–21, 2022.
- TUTTAS, Carol A. Lessons learned using web conference technology for online focus group interviews. **Qualitative Health Research**, v. 25, n. 1, p. 122–133, 2015.
- TUZZO, Simone Antoniaci; BRAGA, Claudomilson Fernandes. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa.**, v. 4, n. 5, p. 140–158, 2016.
- TWOMEY, Conal; O'REILLY, Gary; BYRNE, Michael. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: A meta-analysis. **Family Practice**, v. 32, n. 1, p. 3–15, 2015.
- UFSC. **Guia de auriculoterapia para ansiedade baseado em evidências**. 2020a.
- UFSC. **Guia de auriculoterapia para depressão baseado em evidências**. 2023.
- UFSC. **Guia de auriculoterapia para insônia baseado em evidências**. 2020b.
- UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedrosa; JUNQUEIRA, Claudette Barriguela. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde públ.**, 21, n. 5, p. 439–446, 1987.
- UNÜTZER, Jürgen *et al.* Depression Treatment in a Sample of 1,801 Depressed Older Adults in Primary Care. **J Am Geriatr Soc**, v. 51, n. 4, p. 505–514, 2003.
- VALÉRIO, Wanice Lemos; BECKER, Indianara Reynaud Toreti. Artigo Original Gestão em Saúde Artigo Original Gestão em Saúde. **Revista Inova Saúde**, v. 3, p. 83–93, 2014.
- VAN LEEUWEN, Ellen *et al.* **Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults**. John Wiley and Sons Ltd, 2021.
- VAN LEEUWEN E *et al.* Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p. 221, 2021.
- VAN WEEL-BAUMGARTEN, EM *et al.* The NHG guideline depression (second revision of the NHG guideline depressive disorder). **Huisarts en Wetenschap**, p. 25–29, 2012.
- VARGAS, Divane de *et al.* Teaching psychiatric and mental health nursing In Brazil: Curricular analysis of the undergraduation course. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação e reestabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 21, p. 48–65, 2017a.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, reestabelecimento) em saúde mental I: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. **Cadernos de Saúde Mental**, [s. l.], v. 21, p. 31–47, 2017b.

VASILADIS, Helen-maria *et al.* Assessing the Costs and Benefits of Insuring Psychological Services as Part of Medicare for Depression in Canada. **Psychiatric Services**, v. 68, n. 9, p. 899–906, 2017.

VERSIANI, Marcio. A necessidade do grupo-controle com placebo em pesquisas sobre a eficácia de tratamentos psiquiátricos. **Bioética**, v. 8, n. 1, p. 29–42, 2000.

VIEIRA, Gisele. Satisfação e sobrecarga de trabalho entre técnicos de enfermagem de hospitais psiquiátricos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 17, 2017.

VILHELMSSON, Andreas; SVENSSON, Tommy; MEEUWISSE, Anna. A Pill for the Ill? Patients' Reports of Their Experience of the Medical Encounter in the Treatment of Depression. **PLoS ONE**, v. 8, n. 6, p. 1–8, 2013.

VILLARDI, Marina Lemos; CYRINO, Eliana Goldfarb; BARBEL, Neusi Aparecida Navas. **A problematização em educação em saúde percepções dos professores tutores e alunos**. 1ªed. São Paulo: Cultura acadêmica, 2015.

VILLELA, Juliane Cardoso; MAFTUM, Mariluci Alves; PAES, Márcio Roberto. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 397–406, 2013.

VIOLA, Sebastião; MONCRIEFF, Joanna. Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. **BJPsych Open**, v. 2, n. 1, p. 18–24, 2016.

VITTEGL, Jeffrey R. Poorer Long-Term Outcomes among Persons with Major Depressive Disorder Treated with Medication. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 86, n. 5, p. 302–304, 2017.

VÖLKER, Sebastian; KISTEMANN, Thomas. Health & Place Developing the urban blue: Comparative health responses to blue and green urban open spaces in Germany. **Health & Place**, v. 35, p. 196–205, 2015.

WAHLBECK, Kristian *et al.* Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 0, n. 0, p. 1–10, 2017.

WAISSE, Silvia. Pesquisa clínica em homeopatia: revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados controlados 134 Silvia Waisse. **Revista de Homeopatia**, v. 80, n. 1/2, p. 133–147, 2017.

WANG, Cuiyan *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 5, p. 1729, 2020.

WANG, Philip S. *et al.* Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. **Lancet**, 370, n. 9590, p. 841–850, 2007.

WATSON, Stuart *et al.* Hypothalamic pituitary adrenal axis function in patients with bipolar disorder Illness characteristics. **The British Journal of Psychiatry**, v. 184, n. 06, p. 496–503, 2004.

- WEARE, Katherine. Advances in School Mental Health Promotion Mental Health and Social and Emotional Learning: Evidence, Principles, Tensions, Balances. **Advances in School Mental Health Promotion**, v. 3, n. 1, p. 37–41, 2011.
- WEARE, Katherine; NIND, Melanie. Mental health promotion and problem prevention in schools : what does the evidence say? **Health Promotion International**, v. 26, n. S1, p. 29–68, 2011.
- WEBSTER-STRATTON, Carolyn. Preventing Conduct Problems in Head Start Children: Strengthening Parenting Competencies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 66, n. 5, p. 715–730, 1998.
- WEINMANN, Stefan; READ, John; ADERHOLD, Volkmar. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. **Schizophrenia Research**, v. 113, n. 1, p. 1–11, 2009.
- WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes. Demanda em Saúde Mental e Atenção psicossocial. In: PASSOS, Maria Fabiana Damásio(org.). **Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19: Reconstrução pós desastres e emergências em saúde pública**. 2. ed. Brasília: Fiocruz, 2022. p. 1–31.
- WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, 2015.
- WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- WHITAKER, Robert. Anatomy of an epidemic: the history and science of a paradigm of care. **The Behavior Therapist**, v. 38, n. 7, p. 192–198, 2015.
- WHITAKER, Robert. Viewpoint: do antipsychotics protect against early death? A critical view. **Psychological Medicine**, v. 50, n. 16, p. 2643–2652, 2020.
- WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of care. **The ecology of medical care. New England Journal of Medicine**, v. 265, n. 18, p. 885–892, 1961.
- WHO, World Health Organization. **Fact Sheets Depression**. 2023.
- WHO, World Health Organization. **Mental health action plan 2013–2020**. 2013.
- WHO, World Health Organization. **Mental health atlas 2014**. 2014a.
- WHO. Mental health: strengthening mental health promotion. n. September, 2007.
- WHO, World Health Organization. **mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies**: 2015.
- WHO, World Health Organization. **MI-GAP Manual de Intervenções**. 2010.
- WHO, World Health Organization. **Relatório mundial da saúde**. 2002.
- WHO, World Health Organization. **Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. 2008.
- WHO, World Health Organization. **Social determinants of mental health**. 2014b.
- WHO, World Health Organization. **World health statistics sdgs**. 2016.
- WHO, World Health Organization; WONCA, World Organization of Family Doctors. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. 2009a.
- WHO, World Health Organization; WONCA, World Organization of Family Doctors. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. 2009b.

- WILES, Nicola *et al.* Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: The CoBaIT randomised controlled trial. **Health Technology Assessment**, v. 18, n. 31, p. 1–167, 2014.
- WILSON, Naomi; MCDAID, Shari. The mental health effects of a Universal Basic Income: A synthesis of the evidence from previous pilots. **Social Science & Medicine**, v. 287, p. 114374, 2021.
- WONCA, World Organization of Family Doctors. **Family doctor's role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care Summary of Recommended Skills**. 2017.
- YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ., 2010.
- YASUI, Silvio; BARZAGHI, Natália. História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *In:* , 2018. **Convención Internacional de Salud**. [S. l.: s. n.], 2018. p. 1–18.
- YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173–190, 2018.
- YONESHIGE, Natália Montana. **Horto fitoterápica promotora de saúde implantada em uma residência terapêutica**. 2017. Trabalho de conclusão de curso - Saúde da secretaria Municipal da Saúde de São Paulo/SP, São Paulo, 2017.
- ZANELLA, Michele *et al.* Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 15, p. 53–62, 2016.
- ZHANG, Anao *et al.* The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, n. November 2018, p. 1168–1186, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.008>.
- ZHANG, Anao *et al.* **The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-Analysis**. American Board of Family Medicine, 2018.

## 8. Apêndice

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Ana Caroline Secco, aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – PPGSC/UFSC, juntamente com meu orientador Professor Charles Tesser, gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: **“Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: boas práticas de cuidado, saberes referenciais e desafios para a Saúde da Família”**.

A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar as potências, dificuldades e características da construção de boas práticas de cuidado em SM na APS. Como objetivos específicos, relacionados à sua participação, a pesquisa se propõe a: analisar as concepções dos profissionais da APS sobre os cuidados em saúde mental possíveis nesse nível de atenção e identificar os principais desafios para a implementação de boas práticas de cuidado em SM na APS, e maneiras de superá-los.

Desse modo, sua colaboração consistirá em participar de um grupo focal, que contará com dois encontros e uma sessão de validação, que serão agendados previamente com você e os demais participantes. Junto com você participarão alguns outros colegas da mesma categoria profissional que a sua. Os encontros poderão ser realizados presencial ou virtualmente, a depender da sua disponibilidade e dos outros participantes e da situação sanitária no momento da realização da pesquisa. Os encontros serão gravados em vídeo para posterior transcrição e análise do material. A sua participação, apesar de não obrigatória, é fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa. O estudo poderá trazer benefícios para a melhoria da assistência em saúde mental na APS, podendo contribuir para a diminuição da medicalização do sofrimento psíquico e subsidiar o desenvolvimento de práticas de cuidado não medicalizantes.

Os riscos envolvidos são mínimos e estão relacionados com a sua participação nos grupos focais, podendo envolver algum possível mal-estar ou desconforto por falar de situações emocionalmente delicadas de seu trabalho. Se você se sentir desconfortável durante a realização dos grupos focais, por gentileza, comunique à pesquisadora, que suspenderá sua participação, visto que você pode desistir de participar a qualquer momento. De todo modo, se for percebida a necessidade de atendimento psicológico, os pesquisadores se comprometem a encaminhá-lo (a) para profissionais e/ou serviços especializados na área, disponíveis na rede pública de saúde da cidade e conforme a legislação vigente, nos comprometemos a indenizar algum dano que porventura ocorra e ressarcir qualquer despesa que o participante possa ter em razão de sua participação na pesquisa.

Todas as informações coletadas serão usadas somente neste estudo. Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos dados dos participantes. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em pasta de arquivo protegido por senha no computador da pesquisadora principal. Somente os pesquisadores terão acesso às informações. Na remota possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que de forma involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei.

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas, no entanto, os relatórios de pesquisa não trarão qualquer dano ou prejuízo a sua pessoa e mostrarão somente dados de forma anônima, mantendo todos os seus relativos à sua identificação em completo sigilo, garantindo sua privacidade.

Você está recebendo duas vias deste TCLE com todas as páginas rubricadas e assinadas pelos pesquisadores deste estudo. Ao aceitar participar da pesquisa, você será convidado (a) a assinar e rubricar todas as páginas e assinar as duas vias deste documento. Uma via ficará com você e outra com a pesquisadora. Guarde cuidadosamente a sua via, pois este documento contém informações de contato com os pesquisadores e resguarda seus direitos como participante da pesquisa. Mesmo após assinatura deste TCLE, você terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento.

Os pesquisadores se comprometem a conduzir a pesquisa cumprindo as determinações da Resolução nº 510/2016 e resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como da resolução nº 12/06/2012 também do CNS, que trata dos preceitos éticos e da proteção dos participantes da pesquisa, respeitando-se os princípios éticos de justiça, respeito à dignidade humana, beneficência e não maleficência.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, pode entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora: Ana Caroline Secco, Endereço: Travessa Eugênio Joaquim Marques Silva, nº 52, apto 12 CEP: 88040-130, Telefone: (54) 991503012, Email: [ana.caroline.secco@gmail.com](mailto:ana.caroline.secco@gmail.com). Você também poderá entrar em contato como o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina para dúvidas exclusivamente sobre os aspectos éticos, no endereço Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400,

Telefone: (48) 3721-6094, e-mail: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br). O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na deliberação de suas decisões, formado para proteger os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para auxiliar no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A sua participação não lhe gerará nenhum custo e não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Você terá total e plena liberdade para se recusar a participar bem como retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa.

## Termo de consentimento

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a) da carteira de identidade, RG nº \_\_\_\_\_, em pleno vigor de minhas faculdades mentais, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada: “Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: boas práticas de cuidado, saberes referenciais e desafios para a Saúde da Família”. Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar da pesquisa proposta de forma voluntária, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do Participante:

\_\_\_\_\_

Desde já agradecemos!

\_\_\_\_\_

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Charles Tesser

\_\_\_\_\_

Doutoranda: Ana Caroline Secco