



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**JOSÉ JARDESON MARTINS DE VASCONCELOS**

**SENTIDOS DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM PLANOS DE CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL NO SUS: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA APS**

**FORTALEZA**

**2023**

JOSÉ JARDESON MARTINS DE VASCONCELOS

SENTIDOS DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM PLANOS DE CUIDADO EM SAÚDE  
MENTAL NO SUS: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA APS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão.

Coorientador: Prof. Dr. Leo Barbosa Nepomuceno.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- V45s Vasconcelos, José Jardeson Martins de.  
Sentidos do uso de antidepressivos em planos de cuidado em saúde mental no SUS : perspectivas de profissionais da APS / José Jardeson Martins de Vasconcelos. – 2023.  
103 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Farmacologia Clínica, Fortaleza, 2023.  
Orientação: Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão.  
Coorientação: Prof. Dr. Leo Barbosa Nepomuceno.
1. atenção primária à saúde. 2. antidepressivos. 3. assistência à saúde mental. I. Título.  
CDD 615.1
-

JOSÉ JARDESON MARTINS DE VASCONCELOS

SENTIDOS DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM PLANOS DE CUIDADO EM SAÚDE  
MENTAL NO SUS: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA APS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde coletiva.

Aprovada em    /    /    .

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Leo Barbosa Nepomuceno (Coorientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Kelen Gomes Ribeiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus em sua presença sentida nas relações.  
Aos meus pais, Roza e Milton.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha parceira e companheira Sofia, que abdicou muitos momentos nossos para que eu pudesse avançar com esse sonho do mestrado.

Aos professores Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão e Dr. Leo Barbosa Nepomuceno, pelas excelentes contribuições para a redação da dissertação.

Às professoras participantes da banca examinadora, Dra. Kelen Gomes Ribeiro e Dra. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos participantes entrevistados, pelo tempo concedido nas entrevistas.

Aos colegas da turma de mestrado, ao Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde e em especial à professora Maria Lúcia Magalhães Bosi, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

“Importa escutar mais com o coração que com os ouvidos. Trata-se de abrir-se cordialmente, com o sentimento de quem sente o outro e tenta vê-lo a partir dele mesmo e não a partir dos conceitos e preconceitos criados pela cultura. [...]” (Boff, Leonardo, 2005, p. 167).

## RESUMO

Em 2017 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 300 milhões de pessoas vivem com depressão em todo o mundo, representando um aumento de 18% no período de 2005 a 2015 e tornando a depressão a doença mais incapacitante e causadora de problemas de saúde do mundo. Os dados da OMS apresentam proximidade com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2020) onde foi estimado que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental no Brasil, representando um montante de 16,3 milhões de pessoas e tendo na Unidade Básica de Saúde o segundo lugar que mais diagnosticou (29,7%). Buscou-se nesta pesquisa compreender sentidos do uso de antidepressivos dentro de planos de cuidado em saúde mental a partir da percepção de profissionais da APS do SUS. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa desenvolvida com profissionais de saúde que compõem uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. A pesquisa se deu com a entrevista de profissionais que compõe uma equipe da Estratégia Saúde da Família, um total de 6 participantes (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde). Teve como principais resultados: o desconhecimento da medicação antidepressiva por profissionais não-médico e a centralidade do cuidado gerado na figura do médico e do medicamento, constatando um viés biológico do cuidado para pessoas com diagnóstico de depressão; práticas voltadas a complementaridade do medicamento se mostravam iniciais ou com pouca adesão por parte dos profissionais; o desconhecimento de alternativas para o cuidado em saúde mental foi outro achado importante da pesquisa; observou-se ainda grande ênfase do cuidado gerado a partir da dinâmica da demanda espontânea pelos profissionais de saúde, gerando maior sobrecarga e dificuldade no manejo de demandas de saúde mental e descaracterizando a continuidade do atendimento longitudinal característico da APS. Concluiu-se que a demanda de depressão fica sob a responsabilidade do médico clínico geral, que precisa dar resposta aos usuários da UAPS, em uma tentativa de solução de suas demandas. Contudo, esta prática se mostra limitada ou incompleta, visto que ela não apresenta uma resolução da demanda que por sua vez se soma à dificuldade de alternativas não-medicamentosas presentes na rede de atenção psicossocial do município.

**Palavras-chave:** atenção primária a saúde; antidepressivos; assistência à saúde mental

## ABSTRACT

In 2017, the World Health Organization (WHO) estimated that 300 million people live with depression worldwide, representing an increase of 18% in the period from 2005 to 2015 and making depression the most disabling disease and cause of health problems. of the world. The WHO data is similar to the National Health Survey (PNS) (IBGE, 2020) where it was estimated that 10.2% of people aged 18 or over were diagnosed with depression by a mental health professional in Brazil, representing an amount of 16.3 million people and with the Basic Health Unit being the second most diagnosed place (29.7%). This research sought to understand the meanings of the use of antidepressants within mental health care plans based on the perception of PHC professionals from the SUS. This is a qualitative research study developed with health professionals who make up a Primary Health Care Unit (UAPS) in the city of Fortaleza. The research was carried out by interviewing professionals who make up a Family Health Strategy team, a total of 6 participants (doctor, nurse, dentist, oral health assistant, nursing technician and community health agent). The main results were: the lack of knowledge about antidepressant medication by non-medical professionals and the centrality of care generated by the doctor and the medication, confirming a biological bias in care for people diagnosed with depression; practices aimed at the complementarity of the medicine were initial or with little adherence on the part of professionals; the lack of knowledge of alternatives for mental health care was another important finding of the research; there was also a great emphasis on care generated from the dynamics of spontaneous demand by health professionals, generating greater overload and difficulty in managing mental health demands and depriving the continuity of longitudinal care characteristic of PHC. It is concluded that the demand for depression is the responsibility of the general practitioner, who needs to respond to UAPS users, in an attempt to resolve their demands. However, this practice appears to be limited or incomplete, as it does not provide a resolution to the demand, which in turn adds to the difficulty of non-drug alternatives present in the municipality's psychosocial care network.

**Keywords:** primary health care; antidepressants; mental health care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de abrangência UAPS CDFAM.....	56
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização ontoepistemológica dos paradigmas positivista e interpretativo	34
Quadro 2 – Distribuição dos entrevistados quanto a saúde mental.....	60
Quadro 3 – Categorias do objetivo específico 1.....	61
Quadro 4 – Categorias do objetivo específico 2.....	62
Quadro 5 – Categorias do objetivo específico 3.....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Antidepressivo Tricíclico
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
BZD	Benzodiazepínico
OMS	Organização Mundial da Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
APS	Atenção Primária a Saúde
AB	Atenção Básica
RAPS	Rede de atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
ProUni	Programa Universidade para todos
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
CDFAM	Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar
PREX	Pró-reitora de Extensão
TEA	Transtorno do Espectro Autista
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>ASPECTOS TEÓRICOS .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Do Debate De Drogas ao Discurso Biomédico Dos Antidepressivos.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2</b>	<b>Depressão Para Além Da Biomedicina.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3</b>	<b>Medicalização Da Saúde Mental.....</b>	<b>36</b>
<b>2.4</b>	<b>Processos de Cuidado das UAPS.....</b>	<b>41</b>
<b>2.5</b>	<b>Antidepressivos E Integralidade Do Cuidado da Depressão.....</b>	<b>46</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>49</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1</b>	<b>Pesquisa Qualitativa.....</b>	<b>50</b>
<b>4.2</b>	<b>Local de pesquisa e participantes.....</b>	<b>53</b>
<b>4.3</b>	<b>Aspectos éticos e legais.....</b>	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>60</b>
<b>5.1</b>	<b>Fluxo de atendimento dos pacientes de saúde mental na UAPS.....</b>	<b>64</b>
<b>5.2</b>	<b>Desafios da terapêutica para a depressão de enfoque não medicamentoso ofertado aos usuários da UAPS.....</b>	<b>72</b>
<b>5.3</b>	<b>Ambiência: Potencialidades e desafios de uma unidade de saúde acadêmica.....</b>	<b>81</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO .....</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Escrever esta dissertação se confunde com a minha trajetória pessoal de ingresso na faculdade de psicologia, meu curso de formação. Uma vez que o uso de medicação psiquiátrica faz parte da terapêutica em saúde mental e constantemente chega nos consultórios particulares e serviços públicos muitas vezes associado à pessoa que busca cuidado, penso ser necessário o seu conhecimento, abrangência e questionamento crítico deste fenômeno.

O ingresso na faculdade de psicologia se deu através do Prouni (Programa Universidade para Todos) e FIES (Fundo de Financiamento Estudantil), programas do Governo Federal que facilitavam o acesso ao nível superior de pessoas que não tinha como pagar uma faculdade particular. A escolha deste curso se deu através da influência da minha família nuclear, pois sou filho de uma mãe enfermeira e que atuou grande parte de sua vida profissional na psiquiatria, e do meu pai que trabalhou como balconista de farmácia durante minha infância e adolescência. Ambos tiveram papéis fundamentais e distintos na minha escolha pela psicologia, cada uma à sua maneira, mas igualmente importantes.

O Centro Universitário Unifanor foi a faculdade que eu cursei psicologia no período de 2011 a 2016. Este curso já estava inserido na grande área da saúde, saindo da área de humanas de onde se consolidou historicamente e onde permanece em algumas universidades. Nesta faculdade eu me aprofundi na ênfase de psicologia e direitos humanos, que era compreendido como a necessidade de discutir a variedade de processos psicológicos que atravessam as gerações de direitos humanos: individuais, coletivos, dos povos e ambientes. É a compreensão dos processos psicológicos que causam sofrimento psíquico desencadeado pela violação de direitos humanos, em seus diversos contextos.

Participar das discussões de direitos humanos foi estruturando meu olhar para o sujeito que era atendido nos diferentes equipamentos e espaços que visitei durante a graduação. Caps Geral, Hospital Geral de saúde complementar, Núcleo Integrado de Saúde da faculdade, Unidade de Acolhimento para usuários de drogas, instituição que atende pessoas em situação de rua, Centro de Semiliberdade a jovens em cumprimento de medida socioeducativa e inserção comunitária foram os campos de estudo e prática no meu percurso acadêmico. No ano final de faculdade eu aprofundi meus estudos na redução de danos devido a inserção em um coletivo fora da faculdade que promovia ações em festas rave e estudos com essa temática.

A base em direitos humanos e o estudo de redução de danos foram basilares para a aproximação de outro conceito amplamente debatido no universo do uso de medicamentos: a medicalização. Estudar este conceito e sua complexidade me serviu como norte e

questionamento das práticas realizadas pelos profissionais e usuários nos locais que eu visitei durante a graduação. Por perceber o uso de medicação psicotrópica de forma bastante presente nos diferentes espaços e nas diferentes necessidades, obtive mais interesse em observar como se dava essa dinâmica no cotidiano. Me surpreendeu todo o significado que estas drogas adquiriam na vida das pessoas, das mais diversas possíveis. A partir daí eu passei a me interessar mais nesta temática e buscar mais referências deste fenômeno.

Este olhar de curiosidade foi se tornando mais refinado na medida que eu comecei a atuar como profissional. Foi durante a experiência na residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade que pude finalmente exercer e perceber na prática tudo o que eu havia estudado e observado.

Fiz parte da quarta turma de residência multiprofissional pela Escola de Saúde Pública do Ceará no ano de 2017 a 2019, onde meu local de atuação foi justamente o município de Fortaleza na antiga subdivisão da SER (Secretaria Executiva Regional) II, em somente uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A SER II concentrava, dentro de um mesmo território, um dos grandes contrastes presente na cidade de Fortaleza: por um lado se tinha a área nobre da cidade, com os maiores investimentos em política pública e turísticos, mas por outro lado se tinha bolsões de comunidades de enorme vulnerabilidade social.

Entender este território e proporcionar uma atuação profissional condizente com o que eu acreditava se tornou um grande desafio, uma vez que se compreende a residência como um espaço de atuação, mas também de estudo quanto as práticas dos serviços que estamos inseridos. Este espaço da residência se torna um espaço de privilégio em comparação a outros trabalhadores do mesmo local, que possuem vínculos de trabalho distintos do nosso, uma vez que tínhamos como pressuposto a necessidade de garantir todos os requisitos de processos de trabalhos para o bom funcionamento da unidade de saúde colocadas na política pública. Desta forma a minha inserção foi através do então Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), mas na minha equipe de residentes tínhamos também a composição de uma Equipe de Saúde da Família (eSF), exceto pelo médico.

Devido à ausência de uma composição mais consistente do NASF no município, pois ali a equipe era composta apenas por uma fisioterapeuta e uma assistente social, nós residentes que respondíamos ao restante das demandas. Além da fisioterapeuta e um assistente social, a nossa equipe me tinha enquanto psicólogo e uma colega nutricionista. Prestávamos apoio à todas as equipes da Unidade Básica de Saúde, um total de três equipes. Fazia parte da nossa atuação as interconsultas, os atendimentos compartilhados, o Matriciamento em saúde

mental, as visitas domiciliares, as atividades de grupo, as ações em campanhas e os atendimentos individuais.

Embora tivéssemos uma carga horária extensa e bastante atuação coletiva, parecia não ser suficiente para dar conta da demanda em saúde mental que se manifestava. Fruto também de uma fragilidade de interlocução com outros níveis de atenção, sobretudo no Matriciamento do CAPS na APS, que se dava ora pela ausência desta equipe, ora pela não disponibilidade das eSF em coparticipar dos cuidados que os tinham como protagonistas. A própria dinâmica do serviço priorizava os atendimentos individuais e o atendimento em saúde mental focado na renovação de receitas.

Muitas perguntas ressoavam na minha cabeça. Percebia certa resistência de alguns membros das equipes com as demandas de saúde mental. Embora, existisse um tempo destinado as demandas de saúde mental naquele posto, ainda assim não parecia ser suficiente, pois os atendimentos que necessitavam o cuidado em saúde mental também surgiam no acolhimento ou agendamentos de outras demandas.

Então, este contexto não fornecia a resolutividade da demanda, pelo contrário, amontoava usuários que iam no dia da saúde mental (neste posto, cada médico das eSF separava um momento na agenda para renovação de receitas psicotrópicas) e, por ter um psicólogo residente do NASF, encaminhavam também esta demanda para o profissional. Lembro que esta demanda não vinha apenas dos médicos, mas também das enfermeiras, das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e dos demais residentes. Este encaminhamento se dava através de um formulário de papel criado durante a residência, e só era permitido demandas vindas de profissionais da UBS.

Este posto se destacava não somente pela presença da residência multiprofissional, mas também havia a presença de internos da medicina, estagiários da enfermagem e residência médica. Contudo, ainda assim havia priorização de consultas individuais e pouco espaço para atividades coletivas ou interseções com estas categorias. Algumas como o grupo de tabagismo priorizado pelo Ministério da Saúde foi assumida pela residência multiprofissional, outras interseções na comunidade também. Antes disso, as consultas eletivas e demanda espontânea eram bastante enfatizadas.

Diante o cenário da demanda de saúde mental reprimida, ter um único profissional não foi suficiente para dar conta. E não devia dar mesmo! Isso que me fez pensar sobre outros cenários parecidos com esse no município e a partir disso se fez a proposta deste estudo, após a identificação da elevada quantidade de pessoas encaminhadas para atendimento psicológico no ambiente da atenção primária e que faziam uso do antidepressivo, sem que houvesse um

diagnóstico de depressão. Percebeu-se no período da Residência, que o uso era feito como alternativa ou desmame do benzodiazepínico ou como sugestão rápida para problemas que muitas vezes era de ordem relacional e/ou social. Havia uma medicalização da dor, da tristeza e da vulnerabilidade social vivenciada por muitos daquela região.

Ao olhar para a minha experiência, o termo depressão, dado a sua constante evidência na sociedade hoje, parece adquirir uma categoria maior de adoecimento. Na minha experiência de profissional, consigo perceber as pessoas falando que estão com depressão por estar passando por um momento de perda (luto) ou forte tristeza com insucessos na vida. Como psicoterapeuta que atende pessoas em sofrimento, o número é expressivo para pessoas com demanda relacionada a humor deprimido ou diagnóstico de depressão. Consigo perceber que esta experiência de sofrimento tem ficado cada vez mais presente nos nossos dias e na nossa sociedade.

Dentre os principais motivos que foram identificados para o uso do medicamento, destacam-se: estar há muito tempo sem reavaliação ou orientação do profissional médico; picos de estresse; luto ou perda recente de um ente querido; medo excessivo; agitação ou nervosismo; dificuldade para dormir; conflitos familiares.

Portanto, ao me deparar com estes motivos para o uso do antidepressivo, busquei literatura disponível para a compreensão deste fenômeno. Senti falta de estratégias por parte dos profissionais da APS que complementassem ou substituísse o medicamento para o cuidado em saúde mental. Se tornava quase que prioritário a centralidade na figura de um medicamento que pudesse resolver a demanda que se mostrava complexa e muitas vezes, crônica. Isto me incomodava e me inquietou durante grande parte da residência.

Considero que o corpo que sofre por diversas demandas é afetado pelo medicamento e que conseqüentemente se subjetiva na perspectiva de um cuidado em saúde que pode não ser completo. A lacuna deste cuidado por ser compreendido pela recorrência dos mesmos usuários nos serviços de saúde, superlotando-o, e também pelo não questionamento desta prática de cuidado pelos profissionais e usuários.

Esta experiência na residência me inclinou a fazer no Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) com esta problemática. Tinha como tema “O Uso De Antidepressivos Na Atenção Primária: Uma Revisão Integrativa”, onde foram pesquisados artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e periódicos CAPES com a tentativa de identificar as pesquisas publicadas que contribuíssem para discutir sobre o uso de antidepressivos na atenção primária à saúde e sua relação com a temática da medicalização da sociedade. Destacou-se como resultados a baixa produção encontrada que envolvesse esta temática, a produção de

estudos com idosos em relação a outras faixas etárias e o consumo de psicofármacos por mulheres que foi largamente associado a problemas da ordem do social. Este trabalho também apresentou lacunas, tais como: a necessidade de pesquisar em outras bases de dados e mais tempo para se estudar um assunto complexo, pois esta produção se deu no momento final da residência.

Portanto, devido a estas lacunas, a necessidade de aprofundamento e o interesse do pesquisador, a ideia de compreender este fenômeno do uso de medicamento antidepressivo se fez presente nesta dissertação de mestrado.

Como proposta de contribuição ao que foi levantado na pesquisa bibliográfica, se busca colaborar com o diálogo da inserção dos demais profissionais que compõem a ESF no cuidado em saúde mental, bem como buscar compreender os sentidos destes que estão à frente da demanda que os chega. Se busca de algum modo chamar a atenção para a necessidade de avaliação dos modos de cuidados disponibilizados na APS no que corresponde a depressão associado ao uso de antidepressivo.

A indagação quanto ao cuidado estabelecido em saúde mental que é ofertado na APS às pessoas que utilizam antidepressivo nos remete a algumas problemáticas. Primeiro, o termo antidepressivo faz uma clara antítese a manifestação da depressão, em seus sintomas mais característicos dos manuais diagnósticos, contudo, este uso não se restringe a esse caso. Como será apresentado, casos de ansiedade, insônia e transtorno mental comum, se tornam passível da sua utilização. Em segundo, o uso em grande quantidade deste medicamento nos faz entrar no conceito de medicalização, fenômeno que nos servirá de base para aprofundar a discussão.

Tem-se, com isso, o problema de pesquisa a partir da incompreensão dos sentidos empregados para o uso de medicamento antidepressivo para um plano de cuidado em saúde mental ofertado pelos profissionais de saúde da APS na cidade de Fortaleza/CE.

Entende-se a necessidade de conhecer o que vem sendo publicado a respeito do assunto do uso de antidepressivos na APS, bem como produzir conhecimento a partir da pesquisa proposta. Nesse sentido, este trabalho, além de partir do interesse e inquietação do autor diante da realidade vivenciada na Residência, justifica-se também pela necessidade de produzir conhecimento com a realidade do uso dos antidepressivos.

A partir disso, pensou-se na seguinte pergunta norteadora: Quais sentidos, a partir da percepção de profissionais da cidade de Fortaleza, da prescrição e incorporação de antidepressivos em planos de cuidado em saúde mental na APS do SUS?

Para tanto partimos da hipótese que existe uma concentração e sobrevalorização dos outros profissionais quanto a atuação médica para o manejo de casos de depressão, da

mesma forma ocorre uma supressão dos outros profissionais nesse cuidado em saúde mental.

## 2 ASPECTOS TEÓRICOS

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 300 milhões de pessoas vivem com depressão em todo o mundo, representando um aumento de 18% no período de 2005 a 2015 e tornando a depressão a doença mais incapacitante e causadora de problemas de saúde do mundo (Who, 2017). A OMS aponta a presença de 5,8% ou 11,5 milhões de pessoas que vivem com transtorno depressivo no Brasil, além disso, o país detém a maior prevalência de transtornos de ansiedade nas Américas: o problema afeta 9,3% da população, o equivalente a 18,6 milhões de pessoas (Who, 2017).

Semelhante aos dados da OMS, Ribeiz (2020, p. 76) aponta que a prevalência anual do transtorno depressivo maior (TDM) é variável entre os países, mas indica algo em torno de 6%; o risco de depressão ao longo da vida é 3 vezes maior, sendo estimado uma em cada cinco pessoas experimentando um episódio depressivo em algum momento de suas vidas.

Os dados da OMS apresentam proximidade com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2020), onde foi estimado que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental no Brasil, representando um montante de 16,3 milhões de pessoas. A título de comparação com a PNS de 2013, o percentual era de 7,6%.

De acordo com a mesma pesquisa (IBGE, 2020), outros dados se mostram relevantes: a região Sul do país foi a que mais diagnosticou (15,2%) em contraposição ao Norte (5,0%) que foi a que menos diagnosticou; o sexo feminino (14,7%) representa quase o triplo de diagnóstico do masculino (5,1%); menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos para depressão, e somente 18,9% faziam psicoterapia como proposta terapêutica; 12,5% eram de pessoas brancas, enquanto as pardas representavam 8,6% e 8,2% para pretas. Em relação aos locais de diagnósticos, a Unidade Básica de Saúde foi o segundo lugar que mais diagnosticou (29,7%), seguido dos Centros de especialidades (13,7%), UPA, pronto socorro ou emergência (4,6%), emergência privada (0,9%) e outros (3,8%). Todos ficaram atrás somente da clínica privada ou consultório particular (47,4%).

São dados que chamam atenção, sobretudo, para os recortes de gênero, região e raças, pois mostram quem são as pessoas que mais buscam ou sofrem com isso e gera o questionamento quanto a ausência dos demais grupos. O Brasil, um país continental, apresenta muitas dificuldades, sobretudo, no que se refere ao cuidado em saúde nas diferentes populações e regiões. Com isso, é possível que exista subnotificação ou subdiagnóstico na região Norte em

comparação a Sul, assim como sobrediagnóstico de situações de tristeza em diagnósticos de depressão, visto a discrepância dos dados que se mostra alarmante. A população branca é a que recebe maiores quantidades de diagnósticos, embora o país seja de maioria preta e parda (Agência IBGE, 2019). Isso pode ser entendido no acesso que a população negra tem da saúde e nos desafios para o cuidado essa população no nosso país, inclusive no que diz respeito ao racismo estrutural que produz mais iniquidade de saúde e juntamente com outros fatores sociais, serão determinantes nas condições de saúde da população. (SILVA *et al.*, 2007).

Visto os dados da PNS e percebido a proporção de aumento do transtorno depressivo e ansioso em comparação a PNS de 2013, se deve considerar outro fator que são apontados na literatura. O transtorno depressivo acarreta diversos desfechos negativos, como suicídio, crises psicóticas, além do próprio dano cerebral, que favorece, quando não tratado, ao aumento das chances de síndromes demenciais (Cruz, 2020 p. 32).

Portanto, ao comparar as PNS e observar que o diagnóstico de transtorno depressivo tem crescido no Brasil, revela a necessidade de pensar as políticas públicas que ofertam o cuidado a estas pessoas diagnosticadas de maneira mais eficaz e com retorno suficiente a demanda que se desenha, inclusive no contexto pós-pandemia de Covid-19.

Com o isolamento social e o medo gerado nos diferentes segmentos sociais, a pandemia de Covid-19 impactou de diferentes maneiras a população mundial. Com destaque para os idosos, segmento de maior risco na pandemia, este período impactou negativamente na qualidade de vida deles, principalmente com a presença de sintomas depressivos e de ansiedade (Melo *et al.*, 2022).

Os impactos da pandemia foram além de sintomas e diagnósticos psiquiátricos. A OMS (2022) aponta para os impactos das iniquidades sociais, onde alguns grupos sociais sentiram mais os efeitos da pandemia que outros, evidencia os problemas de saúde e a necessidade dos governos e sociedade avançarem para a resolução dessa dificuldade.

Corroborando com dados do período pandêmico, pesquisas como as de Musse *et al.* (2022), em um estudo transversal exploratório com 1057 participante, conclui que houve aumento significativo na frequência de sintomas moderados e severos de ansiedade e depressão durante a pandemia na população brasileira, em associação com ideação suicida e comportamentos de risco. Souza *et al.* (2023), em estudo bibliográfico com o objetivo de compreender o contexto pandêmico e sua relação com casos de depressão na comunidade acadêmica, observou o aumento do impacto da Covid-19 nas taxas de depressão entre estudantes e na população geral.

Já Guillard *et al.* (2022) em estudo que avaliou a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de trabalhadores brasileiros de diversos segmentos, aponta para o sexo feminino e solteiras com a chance de 2,89 a 4,25 a mais de apresentarem sintomas de depressão em relação aos outros segmentos desde que associada com sentimento de preocupação durante a pandemia.

A depressão, portanto, percebida como um adoecimento de grande impacto na vida das pessoas, vai comprometendo o andamento da vida em sociedade e foi se complexificando devido também a experiência de pandemia. A depressão nas mais variadas formas e subtipos de apresentações pertence aos transtornos do humor, classificação aceita pela OMS e descrito no seu manual diagnóstico: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação de Psiquiatria Americana. São os dois principais manuais diagnósticos e apresentam definições parecidas quanto à manifestação de episódios depressivos, estando, principalmente, ligados a um rebaixamento do humor e a indisposição das atividades que a pessoa venha a desempenhar.

A depressão é conhecida pelos sintomas descritos como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia) (Esteves; Galvan, 2006, p. 127). A severidade do transtorno depressivo está associada aos diferentes subtipos, de acordo com Irons (2018): sintomas subliminares de depressão; depressão leve; depressão moderada; depressão severa sem sintomas psicóticos; e depressão severa com sintomas psicóticos.

Entendendo o sofrimento presente e a depressão assumindo números expressivos, é possível inferir que o sofrimento tem feito as pessoas buscarem diversas formas de melhora, dentre elas é urgente conversarmos sobre os psicotrópicos. Igual atenção deve ser levada para a forma de cuidado ofertado a elas, sobretudo, quando estamos falando dos serviços públicos de saúde que apresenta uma rede regionalizada e distribuída em níveis de atenção. Se soma a esta discussão também o fato que a Atenção Primária a Saúde assume um papel de principais diagnosticadores, mas isso não implica dizer que todas as demandas de depressão fiquem com ela. Pelo contrário, compreendendo esse papel muitas vezes primário de encontro com o usuário que sofre, é ela, APS, que primeiro intervém neste sujeito.

Se por um lado nós temos o aumento dos diagnósticos de depressão no Brasil e no mundo, por outro, nós temos também um aumento expressivo da venda de antidepressivos. O Conselho Federal de Farmácia comparou as vendas em 2019, ano anterior à emergência de saúde pública, com as de 2022 e obteve o número de unidades comercializadas desses

medicamentos, tendo o aumento de 82.667.898 para 112.797.268, ou seja, 36% (Comunicação do CFF, 2023). Corrobora com Margarido (2012) em que aponta que um dos grandes fatores que leva o indivíduo ao uso de uma medicação psicotrópica é a depressão.

É nesta complexidade da depressão e devido a sua associação para o uso de medicamentos que se problematiza algumas formas de cuidado vigentes, sendo urgente a compreensão deste medicamento, na sua gênese e no seu entendimento mais ampliado, por se tratar também de uma droga.

Nas sessões a seguir, total de cinco, irei adentrar mais no debate sobre os assuntos que perpassam esta problemática do uso de antidepressivos. Meu objetivo é apresentar alguns conceitos presentes para ampliar o debate quanto ao medicamento. Compreender seu surgimento e adoção em nossos tempos, assim como os antagonismos presentes no seu uso.

Iniciarei com a reflexão do medicamento também como uma droga e do discurso que enfatiza o uso de antidepressivos de um viés puramente biomédico. Em seguida, será apresentado a depressão para além da biomedicina, como uma forma de contemplar a nossa compreensão e apresentar outras explicações deste fenômeno em nossos tempos.

Após este, se fará uma correlação entre as duas primeiras sessões com o tema sobre a medicalização da saúde mental, também como esse desenho para compreender como tem sido feito a captura da experiência de adoecimento através do discurso biomédico hegemônico. Na quarta parte, irei discorrer sobre os processos de cuidado das UAPS, sobretudo, de um ponto de vista legal, do que se tem hoje na política brasileira.

Por fim, é feito uma tentativa de inserção do que seria pensado como a presença do antidepressivo no cuidado integral ofertado na rede de cuidado primário.

## **2.1 Do debate de drogas ao discurso biomédico dos antidepressivos**

A humanidade lida com as drogas desde os tempos antigos e esse uso já sofreu diversas reviravoltas que partiram da proibição à permissão. O termo droga teve origem na palavra *droog* (holandês antigo) que significa folha seca; isso porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais (Brasil, 2013a, p. 7). Hoje ainda se tem os medicamentos à base de plantas, são conhecidos como fitoterápicos. Embora a base seja vegetal, eles recebem o processo de industrialização e padronização da quantidade para o consumo humano.

O uso das drogas foi determinado no decorrer da história da humanidade a partir das influências, das crenças e finalidades de cada época. Entender essa variação que permeia a

história das drogas com o humano se faz necessário para termos uma visão mais abrangente do seu universo, bem como evidenciar os aspectos de singularidade que a faz ficar presente na sociedade, em cada um de seus tempos. Entendendo o aspecto histórico é indispensável atentar quanto a outro esforço, o de não cair em discursos simplistas e morais, pois, por vezes, estes apresentam uma ideia reducionista, quase que preconceituosa, e isso acarreta a dificuldade de compreender seu fenômeno que é complexo.

Exemplo disso é olhar para o nosso contexto histórico, o séc. XXI, em que as drogas são apresentadas de duas formas: as permitidas ou lícitas e as não permitidas ou ilícitas. Ambas são capazes de gerar efeitos sobre o corpo, mas somente a segunda possui um caráter negativo e prejudicial amplamente divulgados. Isso se mostra claro ao avaliarmos a associação de drogas ilícitas a situações ruins somados a contextos como pobreza, tornando-as com um caráter negativo no dialeto popular e impactando nos modos de viver em sociedade. Além de gerar preconceitos com o usuário de drogas ilícitas, ainda se tem práticas de combate a este uso, sobretudo, na chamada “guerra as drogas” (ilícitas), trazendo alguns desdobramentos sociais.

Gomes-Medeiros *et al.* (2019) apontam que a saúde é afetada pelo fenômeno da guerra as drogas em alguns campos, tais como: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde da população, na mortalidade por causas evitáveis, nas condições de saúde dentro das instituições e na saúde materno-infantil. É necessário compreendermos que o uso e abuso das drogas é um tema de extrema relevância no campo da saúde, mas é preciso chamar atenção que o abuso ou uso problemático de drogas não é restrito as drogas ilícitas.

Diferentemente do uso de drogas ilícitas, as drogas lícitas possuem uma melhor adesão de governos e da sociedade, basta assistirmos noticiários, jornais ou outros meios de comunicação. Algumas são utilizadas como indicação de tratamento pelos médicos e profissionais de saúde, são chamados de medicamentos. Os psicotrópicos, nesse contexto, abrem um capítulo à parte nessa discussão, pois estes são aceitos largamente na sociedade e na cultura ocidental são estimulados o seu consumo, sobretudo, pelas publicidades, acompanhando uma lógica de mercado.

Algumas dessas substâncias prometem melhora de condições emocionais (irritabilidade, tristeza) e outras dificuldades que afetam o desempenho (insônia, perda de foco), o que pretendem impedir o mal funcionamento pessoal. Em grande parte, este uso é definido para a performance nas atividades sociais que estamos inseridos e somos exigidos. Diante do exposto podemos inferir que o termo droga pode ter uma conotação boa ou ruim a depender do seu emprego, do seu contexto histórico e sua aplicação.

Sendo assim, os medicamentos são indicados para as variadas finalidades, a

depender da demanda apresentada, seja para rendimento pessoal ou como terapêutica de algum mal que a pessoa esteja passando. Alguns medicamentos oferecem ação direta e é a figura do médico o seu principal prescritor. Importante atenção deve ser levado em conta quanto ao público que utiliza a medicação, no caso das crianças é importante problematizar a sua indicação, assim como uma metabolização hepática mais eficiente em relação aos idosos, que devem ter doses mais baixas que os adultos e devem ser levados em consideração a maior sensibilidade a efeitos sedativos, o que pode elevar consideravelmente o risco de quedas e suas consequências (Brasil, 2013 p. 157).

Psicotrópicos ou psicofármacos são os medicamentos que atuam no sistema nervoso central, interferindo em seu funcionamento, com a cognição e o comportamento (Araújo *et al.*, 2012). São consideradas as principais classes de medicamentos psiquiátricos: 1) os benzodiazepínicos, comumente chamados de ansiolíticos que possuem propriedade sedativa e são utilizados principalmente para ansiedade; 2) os antidepressivos são medicamentos que elevam o humor e são utilizados para episódios de depressão, mas também passam a ser utilizados para queixas crônicas de ansiedade (Brasil, 2013b, p 162); 3) os estabilizadores de humor, por sua vez, são utilizados em distúrbios afetivos do humor; 4) os antipsicóticos, também chamados de neurolépticos são utilizados para o tratamento no caso das psicoses e manias, agindo sobre o humor e o raciocínio.

Soma-se a estes medicamentos as chamadas drogas de rendimento, a droga estimulante utilizada para o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), mas também usada em busca de melhoramento escolar (Souza; Guedes, 2021). Os medicamentos do composto Z, drogas bastante utilizadas recentemente, inclusive pós pandemia de Covid-19, são medicamentos hipnóticos de curta ação, não-benzodiazepínicos, utilizados principalmente para quadros de insônia (Uzai; Borin; Carraro, 2022). Por apresentarem atuação no Sistema Nervoso Central todos estes medicamentos estão sujeitos a prescrição médica com controle especial.

Dentre a classificação dos antidepressivos, é importante destacar dois grupos: os tricíclicos (ADTs) e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). O primeiro se destacou como o recurso terapêutico de primeira linha para a depressão durante muitos anos, porém, perdeu esse posto, depois que começou a introdução dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, que tem resultados adversos mais amenos (Sousa; Moura; Rodrigues Junior, 2022). Segundo Freitas e Amarante (2017), a descoberta dos antidepressivos se deu de forma despretensiosa em um contexto da década de 1950 para tratamento da tuberculose, quando se verificou com o uso destes medicamentos a presença de aumento da sensação de

vitalidade e de bem-estar dos pacientes. A primeira avaliação clínica do uso desse medicamento foi que se tratava de um energizante psíquico, em pacientes psiquiátricos que eram não tuberculosos, alguns deles sofrendo de depressão (Freitas e Amarante, 2017 p. 94).

Moreno *et al.* (1999, p. 24) descrevem a descoberta dos antidepressivos como uma revolução que tornou a depressão um problema médico passível de tratamento, semelhante a outras doenças como o diabetes e a hipertensão arterial. Os antidepressivos possuem efeitos diferentes em relação aos outros psicofármacos, sua resposta clínica começa a ser percebida a partir de 2 a 4 semanas de uso (Moreno *et al.*, 1999). Existe o benefício de correção de situações anômalas, por exemplo: ao contrário de medicamentos estimulantes ou ansiolíticos que afetam rapidamente o funcionamento do organismo, os antidepressivos não afetam de forma basal o organismo normal, atuando na melhora do humor. Os antidepressivos são recomendados em casos de depressão grave (Pereira *et al.*, 2021; Cabral *et al.*, 2020).

Apesar disso, semelhante ao que acontece com alguns usuários de benzodiazepínicos, a expansão de usuários de antidepressivos mostra um fenômeno de consumo semelhante, ainda que seja difícil precisar as consequências devido ao seu tempo de ação, aumenta os custos em Saúde Pública (Santos *et al.*, 2019). Estudos (Coelho *et al.*, 2014; Ribeiro, 2016) apontam o uso de antidepressivos para finalidades como ansiedade, insônia e dor crônica, fazendo o medicamento ter amplo consumo por parcela da população. Em outros casos, doses menores de terapêutica para depressão são utilizadas sem o diagnóstico preciso da doença (Fráguas *et al.*, 2009) ou atribuída para tratamento do tabagismo (Ministério da Saúde, 2001).

O prefixo anti da palavra antidepressivo indica contrariedade ou oposição à depressão, atribui-se a este medicamento um caráter de combater a depressão, como se fosse a cessação dos sintomas depressivos. Isso se deu em grande medida pela teoria do desequilíbrio químico do sistema nervoso central, do qual compreende como fonte de explicação dos sofrimentos psíquicos.

Esta ideia construída e sustentada de um desequilíbrio químico remonta as ideias da degenerescência, ideias anteriores a psiquiatria moderna, em que em sua fase avançada, buscava classificar os sujeitos “desviantes” pelo mal funcionamento cerebral, seja este mal funcionamento ocasionado por lesão ou hereditariedade e com isso buscava prever as manifestações em seus descendentes (Caponi, 2012).

Essa teoria foi sendo desenvolvida e aperfeiçoada à medida que os medicamentos psiquiátricos eram “descobertos” e comercializados no mundo pós Segunda Guerra Mundial (Freitas; Amarante, 2017 p. 81). Na depressão, o problema estaria em que os neurônios

serotoninérgicos liberariam muito pouca serotonina na fenda sináptica e, por isso, as vias serotoninérgicas do cérebro ficariam “subativadas” (Whitaker, 2017, p. 84). A hipótese do desequilíbrio químico está relacionada com quantidades alteradas de serotonina, noradrenalina e/ou dopamina nas sinapses do cérebro (Freitas; Amarante, 2017, p 80).

Se trata de uma visão direcionada a um fator, o desequilíbrio químico, como explicação à complexidade que é a depressão, no caso desta dissertação. Ora, se a depressão fosse explicada pelo desequilíbrio químico não deveríamos ter diminuído a evolução de casos moderados em casos graves? Ou melhor, não deveria ser possível reverter ou cessar a tentativa de suicídio de pessoas acometidas de depressão grave?

Muitas perguntas ficam no ar, mas alguns indícios de resposta do porquê da sustentação de um modelo que não apresenta base precisa e teórica permaneça forte ainda hoje. É possível inferir que a concepção hegemônica de sofrimento psíquico acredita que os antidepressivos são capazes de normalizar os níveis de serotonina na fenda sináptica e isso permitiria um bom funcionamento do cérebro, “acabando” com a depressão.

Este é ainda um pensamento que fortalece o saber da psiquiatria moderna, contudo, foi também na percepção de outras “ausências” como exames de imagens precisos – diferente de outras especialidades médicas – ou a própria classificação objetiva e clara dos transtornos mentais, que surge na década de 1970 um grupo de psiquiatras que pretendiam excluir tudo que pudesse ser vinculado a discurso pouco científico como a psicanálise e a sociologia, numa tentativa de evidenciar o enfoque biológico dos transtornos mentais, equiparando a qualquer outra patologia mental (Caponi, 2012, p. 164). O advento das substâncias ditas ‘antidepressivas’ permitiu que a categoria diagnóstica ‘depressão’, de uso comum na psiquiatria a partir da metade do século XIX, passasse a ter um ‘valor operatório’, e não mais um valor puramente ‘descritivo’ ou ‘clínico-conceitual’ (Cosser, 2003, p. 24).

Portanto, mais que uma necessidade de resposta a demanda de saúde mental, era uma escolha do movimento que se iniciava na década de 1970 de uma psiquiatria imparcial e que demonstrasse com precisão a sua importância no meio científico e social, enfatizando, o seu lugar de observador e aplicador da ciência. Importante ressaltar que o DSM III, a partir da década de 1970, buscou uma posição a-teórico de compreensão dos transtornos mentais, pois até então se tinha uma grande influência da psicanálise. De fato, o modelo biomédico estimula os médicos a aderirem a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado (Barros, 2002).

Insistir em uma terapêutica que se apresenta frágil em sustentação teórica, mostra a imposição que envolve o ato médico/psiquiátrico de prescrever esta droga, somado a busca

social de alívio de quaisquer sintomas que dificultam o andamento “normal” da vida cotidiana. O problema central do modelo biomédico não reside em uma espécie de maldade intrínseca, mas no fato de que ele é bastante restrito no seu poder explicativo, o que implica em impedimentos importantes para a prática de médicos e pacientes, como no caso da tentativa de responder os sintomas em base biológica, deixando de lado qualquer outra relação psicológica ou social (Barros, 2002).

Esta forma de pensar o sofrimento apresenta uma linha controversa, pois não é desenvolvido pesquisas sólidas que possam explicar o “mal funcionamento cerebral”, contudo, propagandas farmacêuticas induzem que o desequilíbrio químico existe, fazendo com que favoreça o uso destes medicamentos (Pereira *et al.*, 2021). Alguns estudos (Margarido, 2012; Souza, 2017; Cabral *et al.*, 2020) nos ajudam a compreender essa complexidade do uso de antidepressivo como parte de planos de cuidado em saúde mental e parte do processo de medicalização da sociedade.

Esta visão biomédica ou reducionista da depressão, ainda que não tenham sido explicadas cientificamente de forma consistente, continuam sendo a opção para o tratamento. Moncrieff *et al.* (2022) em um estudo de revisão sistemática nas mais relevantes bases de dados, identificaram que as principais áreas de pesquisa da serotonina não fornecem nenhuma evidência consistente de que haja uma associação entre serotonina e depressão, e nenhum suporte para a hipótese que a depressão é causada pela redução da atividade ou concentrações de serotonina.

Nesta linha de pensamento se estuda a mudança de humor através de um sistema cerebral com alterações; há também a compreensão do fenômeno da depressão no estudo cognitivo, onde associa a experiência pessoal com a capacidade de formar pressupostos cognitivos que estabelecem sistemas de valores e crenças, que dão sentido a previsão aos acontecimentos em grande parte negativos, o que faz a pessoa vivenciar constantemente estes momentos (Bahls, 1999).

A pesquisa de Arantes (2007) mostra que os antidepressivos continuam sendo indicados como forma medicamentosa de atuação frente a depressão, inclusive na APS. Outros estudos mostram a elevada taxa de antidepressivos prescrito à população, principalmente à idosa (Rocha; Werlang, 2013; Carvalho *et al.*, 2015; Bandeira *et al.*, 2018; Magalhães *et al.*, 2016).

Estudo como de Margarido (2012) mostra que não somente pessoas depressivas estão tomando tais medicações, mas também pessoas que querem se adaptar melhor a rotina do dia a dia, mostra também a natureza política dos transtornos mentais, favorecendo a usos

desenfreados de medicação. Souza (2017) mostra que o aumento dos casos de depressão junto ao aumento de antidepressivos sinaliza um comércio farmacêutico robusto e lucrativo.

Cabral *et al.* (2020) aponta a associação da medicina com a indústria farmacêutica, onde cursos para diagnosticar transtornos mentais são ministrados, revistas médicas são financiadas para a publicação de resultados favoráveis aos medicamentos e empresas de exames médicos e diagnóstico por imagem crescem desenfreadamente no contexto norte-americano. Em estudo de Ribeiro *et al.* (2014) com estudante de medicina que utilizam o antidepressivo, foi possível constatar que a maioria dos estudantes receberam orientações sobre antidepressivos, mas a maioria não aderiu ao mesmo havendo, ainda, dúvidas quanto ao seu uso.

Diante tudo que foi apresentado, seria na aproximação da medicina e indústria farmacêutica uma importante evidência da insistência do modelo biomédico do cuidado da depressão com forte presença em marcadores biológicos?

## **2.2 Depressão para além da biomedicina**

A depressão, como visto nos manuais diagnósticos, possui características comuns que ajudam na sua identificação. De certa forma, estes manuais orientam e balizam a atuação do profissional que encontra o sujeito em sofrimento, contudo, esta experiência de diagnóstico pode percorrer caminhos poucos percorridos. Seria possível, de fato, apreender a experiência de adoecimento nos manuais diagnósticos em critérios de tempo e recorrência quando se fala de um sofrimento bastante comum como a depressão? Iremos abordar neste tópico sobre a experiência de adoecimento e questionar quanto ao que se convencionou atribuir aos manuais diagnósticos o seu papel principal de identificar o sofrimento.

Começamos com a definição autobiográfica de Solomon (2018, p. 12) sobre a sua experiência “Ela é a solidão dentro de nós que se torna manifesta e destrói não apenas a conexão com outros, mas também a capacidade de estar em paz consigo mesmo”. E continua: “É a falta de significado das ações, é a falta de compreensão das emoções, a falta de significado da própria vida fica evidente, o que resta é dor e desamparo” (Solomon, 2018, p. 12). Termos como dor, desamparo ou solidão são experiências de cada sujeito no próprio processo de vida e fica difícil descrever o quão impactante foi isso para ele.

Hoje o fenômeno da depressão é uma condição de vida que atinge uma parcela da população. Relatos como o do autor citado ou através dos meios de comunicação, com pessoas públicas e anônimas, de classe social alta ou classe social baixa, do norte ao sul vão expondo os seus sofrimentos e os seus diagnósticos. Evidenciam como é uma experiência difícil e

singular em cada um deles. Souza e Cunha (2019) em estudo de revisão sistemática apontam o quanto as redes sociais virtuais podem acentuar problemas sociais e gerar grandes impactos na vida de qualquer pessoa, dentre eles: a ansiedade, depressão e dependência.

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doenças (Arantes, 2007).

Diversos dados (Who, 2017; IBGE, 2020) evidenciam a projeção de aumento desse sofrimento na sociedade, em especial no Brasil. Dados alarmantes, sobretudo, pela depressão se configurar como fator de risco para a prática de atentar contra a própria vida (Assumpção; Oliveira; Souza, 2018).

Contudo, se abre espaço para outras experiências e o percurso que a depressão teve para ser compreendida como é hoje. Sobre este assunto é importante destacarmos a evolução da melancolia ao que denominamos hoje de depressão (Dunker, 2021).

### **2.2.1 Melancolia**

O termo depressão, como conhecemos atualmente, não foi sempre entendido da forma que os manuais diagnósticos o descrevem hoje, se deu de forma relativamente recente e já esteve associada a melancolia. Iniciamos com Hipócrates, na Grécia antiga, em uma tentativa de classificação das doenças mentais através da teoria dos humores, incluía a paranoia, a mania e a melancolia como as principais manifestações, sendo o termo melancolia (melan, negro, e cholis, bílis), “bile negra”, seria uma “intoxicação” do cérebro pela bile negra (Codás; Emílio, 2017 p. 43).

A melancolia também foi compreendida na Antiguidade como um traço de superioridade intelectual e refinamento social, mas após a tentativa de categorização como adoecimento nos estudos da psicopatologia, houve o surgimento do termo depressão (Monteiro; Lage, 2007). Hipócrates e Aristóteles diferenciaram a doença melancolia (*melancholia*) da personalidade melancólica (*Typus melancholicus*), indivíduos que teriam a depressão como uma característica de sua personalidade, e não como uma doença (Codás; Emílio, 2017, p. 43). Aristóteles define a melancolia como um estado originário da bílis negra que corresponde aos homens de exceção, aos homens que são considerados gênios (Mendes; Viana; Bara, 2014).

O pensamento de Aristóteles retornou em Marcilio Ficino (1433-1499), filósofo e religioso florentino, já na Baixa Idade Média, acreditava que intelectuais e filósofos estavam inclinados à melancolia, pois os temperamentos melancólicos teriam nascido sob a influência

de Saturno, ou pelo excesso de leitura (Codás; Emílio, 2017 p. 90). Portanto, estudos da melancolia estiveram marcados em grande parte da história pela teoria dos humores e da erudição no seu aspecto de personalidade.

Esse caráter foi adquirindo contornos diferentes à medida que se avançava ao tempo moderno. Nos séculos XVII e XVIII, ganham relevo os males e as consequências que a melancolia engendra (Mendes; Viana; Bara, 2014). Monteiro e Lage (2007) descrevem que o termo depressão se deu por via da relação com a temática da melancolia, passando a ser utilizado, inicialmente, durante o século XIX. O termo “depressão” começa a aparecer mais intensamente nos dicionários médicos a partir de 1860 (Codás; Emílio, 2017 p. 112). Mas tivemos que esperar até 1951 para a depressão ser reconhecida “oficialmente” como uma condição de saúde mental, na primeira edição do primeiro Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (Irons, 2018, p. 12).

Também com um caráter exploratório da melancolia, Freud se torna um dos seus grandes expoentes a apresentando nos seus estudos da psicanálise, contudo, ele não debate quanto a depressão, situação que ganhava corpo no meio psiquiátrico. Ele estuda a melancolia, esclarece o processo do luto, investiga os padecimentos depressivos apresentados por inúmeros de seus pacientes, mas não funda o que propriamente falando se poderia denominar de ‘estrutura depressiva’ (Coser, 2003, p. 108).

Em seu livro *Luto e Melancolia* (1917), Freud conceitua o luto não como algo que se dá à revelia do sujeito, mas como um processo que ele tem que levar adiante, um trabalho por fazer (Coser, 2003, p. 109). No sofrimento melancólico, o sujeito não consegue direcionar sua libido para outros objetos e se retrai narcisicamente mantendo a sua identificação com o objeto perdido, se iniciam, assim, as autorrecreminações e autopunições que caracterizam essa forma de sofrer (Herculano; Danziato, 2021).

A melancolia pode ser uma reação à perda de um objeto amado, mas pode ser também uma reação a uma perda idealizada, na qual o objeto de amor não morreu, mas foi perdido enquanto objeto de amor (Mendes; Viana; Bara, 2014). Assim, em Freud, é formulado que a melancolia pode vir com base em um luto patológico, compreendido como o luto que permanece, o sujeito que não avança com a falta que o objeto de desejo ou vivência faz, e mais que isso, se refere a uma perda concernente do Eu, que passa a não ser mais objeto de amor e estima (Coser, 2003, p. 111). No luto, trata-se de uma perda consciente, ao passo que na melancolia, trata-se de uma perda inconsciente, portanto não simbolizada (Mendes; Viana; Bara, 2014).

Este trabalho não pretende apresentar uma visão detalhada dos conceitos

psicanalíticos, mas se torna importante apresentar a delimitação da psicanálise já que esta vai assumindo um contraponto marcante ao conhecimento de uma psiquiatria biologicista, com isso vai apresentando outras formas de compreensão do sofrimento psíquico. A mesma psicanálise irá influenciar alguns manuais diagnósticos, até seu afastamento no DSM III, devido a busca por uma posição a-teórica. Tal reestruturação proposta para essa versão do DSM, se aprofundará nas edições posteriores e está inegavelmente aliada ao crescimento de uma psiquiatria biologicista, que, por sua vez, propicia o desenvolvimento de uma indústria da psicofarmacologia (Soalheiro; Mota, 2014).

Se a Depressão nasceu envolta em alegoria, carregada nos braços de seus nobres ancestrais filosóficos e poéticos, herdeira primogênita da Melancolia, hoje ela parece ter se reduzido a duas imagens empobrecidas: “falta de ingrediente químico no cérebro” e “gatilho” que dispara a repetição de crises de menos-valia e a piora funcional do indivíduo (Dunker, 2021, p. 52).

Apesar da hegemonia do saber médico diante da tentativa de regular os corpos e o mal-estar, a teoria psicanalítica resiste e torna-se protagonista na luta contra a medicalização dos sujeitos e dos aspectos do viver (Herculano; Danziato, 2021). Embora a psicanálise tenha oferecido, importantes construtos teóricos sobre a melancolia, essas proposições carecem ainda de valor de descoberta, até pela incapacidade de partilhar a mesma terminologia com a psiquiatria e iniciar protocolos de pesquisa conjuntos (Codás; Emílio, 2017, p 143).

### ***2.2.2 O campo inaugurado da fenomenologia***

Adentrando nos estudos da experiência de sofrimento, o estudo dos fenômenos, através da fenomenologia, inaugura um campo na vida dos sujeitos e oferece uma base importante para a construção da singularidade do sofrimento. A fenomenologia é uma filosofia que se propõe romper critérios objetificados de neutralidade dos métodos empíricos considerados tradicionais para buscar a compreensão da consciência e da singularidade da pessoa como pluralidade (Augustinho *et al.*, 2022, p. 28).

A fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo. Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua "facticidade" (Merleau-Ponty, 1999, p. 1).

A fenomenologia se caracteriza também como uma tentativa de clarificação das experiências humanas (Augustinho *et al.*, 2022, p. 29). A depressão representa um modo de existir em que a nossa coexistência com os outros é drasticamente alterada, e esta alteração é

vivida no corpo e através do corpo (Monteiro; Souza; Moreira, 2020). Assim, a experiência de sofrimento sentidas no corpo é influenciada pelo tipo de adoecimento, seu contexto, seus valores e experiências passadas.

Ela abre um importante espaço para além do dogmatismo e do idealismo científico para se focar na relação construída entre sujeito e objeto, com isso, para as experiências de adoecimento, os critérios diagnósticos oferecem um conceito geral e que na fenomenologia, se verificará aquele evento no sujeito. Pensar o sujeito depressivo neste sentido implica em não considerar o transtorno como algo inato ou interno ao paciente, mas enquanto um fenômeno emergente nas relações intersubjetivas (Monteiro; Souza; Moreira, 2020).

O estatuto primeiro da fenomenologia é o de “descrever, não explicar nem analisar”. Essa diretriz combina com a proposta husserliana de “retorno às coisas mesmas” que, como visto adiante, se traduzirá no conceito de epoché (termo grego que significa “colocar entre parênteses” e, nesse contexto, pode ser tomado como suspensão do juízo ou da atitude natural). O espaço no qual Husserl concebe toda operação da consciência, em direção unívoca às coisas mesmas, é o do *Lebenswelt* (mais bem traduzido como “mundo da vida”, e tido por Merleau-Ponty como o tema primeiro da fenomenologia – concebido no fim da vida de Husserl) (Becher; Takahagui, 2022, p. 10).

Retornar às coisas mesmas é retornar a este mundo anterior ao conhecimento do qual o conhecimento sempre fala, e em relação ao qual toda determinação científica é abstrata (Merleau-Ponty, 1999, p. 4). Compreende-se com esta abordagem uma ampliação da concepção da depressão para além dos manuais diagnósticos, do descrito e apreendido, é, sobretudo, da experiência do ser no exato momento de viver aquilo. É, portanto, um campo que valoriza e evidencia o sujeito no seu campo particular e no seu momento histórico.

Por meio desse pressuposto, pode-se explicar sua atitude contrária ao naturalismo-objetivista e ligá-la à hermenêutica. É a partir dessa preocupação de cunho ontológico, reclamada por Husserl e dirigida contra a ciência moderna, que a fenomenologia aspira novamente a uma unidade de sentido (Corá; Silva, 2014). Na visão da fenomenologia se tem o paradigma interpretativista, pois a realidade se dará como uma construção, diferente do positivismo que busca uma estrutura e padrões rígidos da realidade. Bosi (2021) apresenta tal diferenciação no quadro a seguir:

Quadro 1 – Caracterização ontoepistemológica dos paradigmas positivista e interpretativo

<b>Paradigma positivista</b>	<b>Paradigma interpretativista</b>
Realidade em si	Múltiplas realidades coconstruídas
Neutralidade	Reflexividade e “presença” do pesquisador
Objetividade	Intersubjetividade
Fatos	Fenômenos sociais
Descontextualização	Contextos sociais específicos
Busca da “verdade”	Verdades como aproximação/perspectiva

Fonte: Bosi (2021, p. 117).

Para o nosso estudo é importante demarcar essas diferenças, uma vez que se adota amplamente o paradigma positivista nas pesquisas em saúde (Bosi, 2021 pag 110), mas ampliar o debate para outros paradigmas que contribuem no debate que propomos aqui.

### ***2.2.3 O campo psicossocial da depressão***

A dificuldade de o saber hegemônico sustentar que marcadores biológicos expliquem sofrimentos como a depressão, faz com que outras correntes do conhecimento ganhem força, dentre elas, a concepção de que o sofrimento envolva indicadores sociais e ambientais. Pensar o campo socioambiental da depressão se afasta de uma unicausalidade (biológica) do sofrimento e caminha para um entendimento complexo e abrangente, onde eventos sociais, psicológicas e biológicas se relacionam entre si e indicam o surgimento e manifestação da depressão, havendo evidências de que estresses e eventos de grande proporção na vida frequentemente precedem o começo de um episódio depressivo (Irons, 2018, p. 88).

Codás e Emílio (2017, p. 122) chamam de psiquiatria romântica, uma perspectiva não predominante no fim do século XVIII e no século XIX, um movimento de oposição à compreensão neurocientífica, isto é, cérebro-biologia e genética, onde se destaca a perspectiva psicossocial, enfatizando problemas na história pessoal de cada indivíduo e em seu ambiente. Esse grupo de autores é aqui representado pelo alemão Heinroth, que defendia que o estresse vivido pelo homem o levaria à doença mental em termos de posturas religiosas, morais e paixões (Codás; Emílio, 2017, p. 122).

Adolf Meyer (1866-1950) foi um psiquiatra norte-americano no mundo pré e pós-guerra, sua teoria das ‘patologias mentais’ juntava conceitos da teoria freudiana e biológica, explicando o adoecimento como uma reação ao ambiente, por este motivo era indispensável no seu exame clínico compreender os eventos da história de vida dos pacientes e foi considerado

como precursor da abordagem biopsicossocial dos transtornos mentais (Caponi, 2012, p. 162).

Parece consenso que o desemprego, a falta de apoio pessoal, a forma neoliberal de exploração das forças de trabalho – para citar algumas – contribuem para uma presença do sofrimento pessoal. No entanto, ainda que a compreensão dessa rede complexa de relações apresente fundamento importante para utilizá-lo, são os estudos quantitativos (IBGE, 2020; Who, 2017) que evidenciam e mensuram a gravidade dos diagnósticos de depressão. A partir dos dados é necessário o desenvolvimento de estudos detalhados e precisos das condições clínicas de cada paciente para pensar em terapêuticas condizentes com a demanda apresentada para cada um.

Han (2015) argumenta que vivemos na época das doenças neuronais, que com o advento da perspectiva patológica no século XXI, o panorama das doenças serão as neuronais. Doenças neuronais como a depressão, transtorno de déficit de atenção com síndrome de hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade limítrofe (TPL) ou a síndrome de Burnout (SB) determinam a paisagem patológica do começo do século XXI (Han, 2015). Segundo este autor, estes dados patológicos são devidos não a uma negatividade diante a vida, mas sim de um imperativo e excesso de positividade.

A positividade em Han se manifesta através dos estímulos, das informações e dos impulsos dos quais somos bombardeados diariamente, exigindo de nós capacidade física e mental de acompanhar a tudo. Este sujeito bombardeado de positividade é também o sujeito do desempenho, onde procura dar conta de tudo, pois tem tudo ao alcance (tecnologia, liberdade, informação), só que tudo isso gera sofrimento a partir de um cansaço e esgotamento excessivo (Han, 2015, p. 37).

Ainda de acordo este autor, a nossa sociedade sob influência do capitalismo e um imperativo do desempenho se tornam fatores que promovem o *modus operandi* causador de sofrimento, dentre elas, a depressão. Em vez de proteção e narrativização do sofrimento, descobre-se que a administração do sofrimento, em dose correta e de forma adequada, pode ser um forte impulso para o aumento da produtividade (Dunker, 2021, p. 58). O sentimento de não sucesso dos objetivos altos, a cobrança excessiva por desempenho por nós mesmos, produz depressivos e fracassados, segundo Han (2015).

Han (2021) irá cunhar a sociedade da positividade como uma sociedade paliativa, pois além do imperativo do rendimento, agora se tem luz para as artimanhas da não evidência da dor e do sofrimento, e aqui se tem um importante direcionamento para a função da farmacologia prescritas em massa. Elas tiram da dor o caráter objetivo, o caráter social [...] A anestesia permanente social impede o conhecimento e a reflexão, reprime a *verdade* (Han, 2021

p. 29, grifo do autor).

O neoliberalismo não é apenas uma teoria econômica que acabou favorecendo a financeirização das empresas e o nascimento do capitalismo imaterial, na qual o valor da marca pode superar a importância da produção. Tampouco é apenas reflexo de uma valorização do consumo como padrão de formação de identidades e como ponto de definição negocial. Ele representa também uma nova moralidade, que, como tal, afetou a aliança entre psicanálise e psiquiatria (Dunker, 2021, p. 59).

Características como neoliberalismo e consumo exagerado de recursos, apresentadas por Han (2021) e Dunker (2021), oferecem conceitos importantes para ampliar o debate da depressão e que de alguma forma ajudam a explicar ou complementar algumas definições sintomáticas exibidas nos manuais diagnósticos quando pesquisado o termo depressão. É no entendimento da rede complexa dos fatores psicossociais e agregando a experiência do sujeito, e não exclusividade da neurobiologia, que a depressão vai adquirindo contornos mais compreensivos.

Quando recorremos ao termo doença na linguagem ordinária, já nos colocamos numa área de discursividade construída com base neste ideal mesmo de previsibilidade, materialidade e controle (Ayres, 2007). Essa previsibilidade se contrapõe à experiência do sujeito e não oferece recursos acolhedores para lidar com o sofrimento alheio, o que oferece é identificação e classificação. Não será possível transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos de uma desconfortável estabilidade acrítica os critérios biomédicos que tomamos para avaliar e validar as ações na saúde (Ayres, 2006).

### **2.3 Medicalização da saúde mental**

Ainda com todas as produções apresentadas na sessão anterior, é a apreensão do adoecimento como categoria biológica que ganhou mais espaço no discurso científico, pois através dela se tenta explicar o adoecimento pela hipótese do desequilíbrio químico. Seja de um entendimento interpretativista ou positivista de explicação do fenômeno da depressão, é o segundo que ganha maior terreno e tem na presença dos diagnósticos a evidência de um processo de crescimento de uma categoria de adoecimento crônico no contexto brasileiro (IBGE, 2020).

Existe um pensamento da modernidade em que diz que os avanços tecnológicos e científicos atribuem um valor de desenvolvimento para a melhoria da população. Contudo, esta forma de pensar o incremento de uma evolução à qualidade em nossas vidas está associada a atores sociais (cientistas, profissionais de saúde, indústria de desenvolvimento, governos etc.),

exemplo disso é a associação da medicina e indústria farmacêutica na produção de doentes e da “cura” deles (Whitaker, 2017).

Ao pensar essas evoluções no contexto da saúde, sobretudo, em saúde mental, conseguimos perceber o desenvolvimento de sofisticados procedimentos médicos ao longo dos anos e descoberta de novas drogas terapêuticas, com menos efeitos colaterais. Exemplo disso, temos o caso dos benzodiazepínicos (BZD) que foi descoberto na década de 50 na substituição dos barbitúricos, ambos com finalidades semelhantes, a sedação, só que ao BZD é atribuída baixo risco de morte (Brasil, 2013 p. 162).

Se tratando de saúde, foi o discurso médico que se consolidou ao longo da história da medicina como importante filtro sobre os processos de saúde e doença. Deste modo, é a atuação do médico que irá validar se uma pessoa está doente ou não e a partir dele será definida a terapêutica para aquela condição. Isso se dá em grande parte pela centralidade e importância da figura do médico que foi se estabelecendo ao longo dos séculos. Há, com isso, uma constante tentativa das sociedades de se normatizar as experiências de adoecimento, a fim de se ter uma compreensão na busca pela ausência do sofrimento, a sociedade paliativa (Han, 2021).

A associação entre hospital, medicina e uma determinada visão científica – no caso a biológica – vão se constituir no pensamento hegemônico da segunda metade do século XIX e da primeira metade do século XX, desta forma o hospital, local de prática cada vez mais da medicina, vai se especializando e construindo um aparato mais tecnológico de cuidado e diagnóstico como salas de raio X, estabilização, medicamentos de ponta etc., que vai gerar um alto custo para a sua solidificação (Coelho, 2008).

O modelo assistencial em saúde brasileiro no início do século XX era composto essencialmente ao controle das epidemias e endemias e tinha no hospital e seu quadro médico uma posição de centralidade no atendimento, restrito a uma parcela da população (Araújo, 2020 p. 28). No contexto brasileiro do século XX a assistência hospitalar pública era voltada para doenças infecciosas e saúde mental, outras demandas eram recebidas nas Santas Casas de Misericórdia (filantropia) (Coelho, 2008).

Foi no desenrolar do campo de saber e intervenção da medicina, com a criação de tecnologias, como os manuais diagnósticos e a terapia medicamentosa que foi se estabelecendo como ponto nodal para o cuidado e esse entendimento, das tecnologias de cuidado, passaram por diferentes intervenções a depender das diferentes concepções da patologia. Luz (2019) expõe que nos séculos XVI e XVII é forte a teoria das espécies mórbidas, no século XVII a teoria das entidades patológicas, o século XIX com a teoria da lesão orgânica, até a clínica científica moderna, com a predominância do conhecimento médico, como uma disciplina da

doença.

Na saúde mental, o uso de medicamentos se tornou uma das principais formas de intervenção no contexto da racionalidade médica, sobretudo, pelas descobertas de drogas psiquiátricas na década de 1950 com a finalidade de “combater” os adoecimentos e o mal enquanto doença, com uma clara associação psiquiatria e indústria farmacêutica (Freitas; Amarante, 2017, p. 15). Na busca por acabar com o sofrimento é a medicina a grande aliada do homem nesta guerra sem fim e sua aliada em todas as batalhas será, cada vez mais, o “remédio” (Luz, 2019, p. 116).

Se o cuidado é fortemente centrado na figura do médico e o remédio é a sua ferramenta, que benefícios sociais se tem com isso? E quais as alternativas para superar este modelo fortemente solidificado? Talvez este seja o pressuposto do momento pós-moderno que vivemos, da ambivalência das práticas, de danos, mas também de benefícios. O efeito politicamente mais geral do saber e das práticas médicas na nossa sociedade é, estruturalmente, de sustentar e reproduzir as relações sociais da estrutura capitalista de produção (Luz, 2013, p. 63). É nesse contexto neoliberal de produção de cuidado, que o cuidado vira um negócio, que gera lucro e por sua vez atua na manutenção dos corpos para não perderem o ritmo de produção de capital.

No contexto de saúde em geral, os psicofármacos representam um aumento no consumo ao longo dos anos, tendo a APS um importante espaço de prescrição destas drogas (Rocha; Werlang, 2013; Carvalho *et al.*, 2015; Bandeira *et al.*, 2018; Magalhães *et al.*, 2016). *Grosso modo*, a medicalização é um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (Tesser, 2006).

A medicalização começou a frequentar a literatura científica desde a segunda metade do século XX e se configura como o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins (Freitas; Amarante, 2017).

A experiência do adoecimento humano tem se tornado cada vez mais substituída pela sua total ausência, visto que na sociedade contemporânea, a dor e o sofrimento estão sendo trocados por drogas que melhoram o humor, prometem sono revitalizador e que ajudam na disfunção sexual (Rodrigues, 2003; Soalheiro; Mota, 2014). Em um mundo que prioriza o consumo, aqui se pode acrescentar também as drogas de desempenho, quando é expressa o uso através da necessidade de respostas por demandas pessoais ou sociais, se estará sempre

encontrando algo que dever ser melhorado ou um ajuste para se tornar melhor. Nas drogas de desempenho não se trata de algo errado no funcionamento corporal, mas por um desejo de melhoramento do rendimento pessoal (Souza; Guedes, 2021).

Drogas para melhorar o desempenho ou corrigir situações disfuncionais faz com que o discurso médico capture as experiências humanas, evidenciando a dependência médica nas práticas da vida. Esta dependência em face da intervenção profissional tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem (Illich, 1975).

A reflexão quanto os efeitos desejáveis e indesejáveis dos medicamentos deve fazer parte da decisão de receita-los, pois a sonolência de um neuroléptico pode ser desejada para alguém com insônia e extremamente desagradável para outra pessoa mais sensível, assim como a inapetência causada por alguns antidepressivos pode ser excelente para alguém que passou a comer mais por ansiedade, mas pode representar risco de morte para outro que perdeu o apetite desde o início dos sintomas (Brasil, 2013, p. 155). Compreende-se que os efeitos adversos dos medicamentos psiquiátricos precisam ser mais bem explorados na prática diária para que isso não se tornado motor para o uso desenfreado deles ou crie a necessidade de outros medicamentos.

Illich (1975) chama atenção para a epidemia de doenças causadas pelos procedimentos médicos: a iatrogenia. Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam (Illich, 1975, p. 23). A iatrogênese clínica é o conjunto de efeitos secundários, muitas vezes não desejados, a partir da terapêutica usada nos tratamentos. São relacionados, portanto, a patogênese causada pela tentativa de melhorada intervenção medicamentosa.

Luz (2013, p. 342) argumenta que “quanto maior a medicalização da sociedade brasileira enquanto processo político-econômico substitutivo do controle-criação da produção social, maior será o crescimento dos índices de doença.” A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos desnecessários e, muitas vezes, até danosos aos usuários (Tesser *et al.*, 2010).

Em falar em procedimentos terapêuticos desnecessários, estamos falando também sobre Prevenção Quaternária (P4). Define-se prevenção quaternária (P4) como proteção de indivíduos em risco de intervenções médicas desnecessárias e/ou prejudiciais, levando a sobrediagnóstico e sobretratamento (Pereira; Souza; Cardoso, 2021). O idealizador da P4 é Marc Jamouille, ele a descreve como:

A prevenção quaternária envolve a necessidade de um acompanhamento rigoroso de si próprio, pelo médico, uma espécie de controle de qualidade permanente em nome da consciência do mal que poderia, mesmo que não intencionalmente, causar aos seus pacientes. A prevenção quaternária também implica na compreensão de que a medicina está alicerçada no relacionamento, e que essa relação deve permanecer verdadeiramente terapêutica, respeitando a autonomia de pacientes e médicos. A atitude P4 funciona como uma resistência, um grito de alerta contra a falta de humanidade de setores inteiros da medicina e sua corrupção institucional. (Jamouille, 2015, p. 2)

Aqui, é a prática profissional que carece de atenção para evitar imposições danosas a vida dos sujeitos. A P4 poderia ser definida como ações e desdobramentos práticos ou técnicos da resistência ética, atitudinal, epistemológica e política aos excessos de iatrogenia, preventivismo e medicalização nas práticas profissionais e institucionais (Tesser, 2017). Quando relacionado à prescrição precoce de antidepressivos, Pereira, Souza e Cardoso (2021), apontam que este ato desvia a construção do plano de enfrentamento ao problema, tendendo a centrar o cuidado em torno da medicação, seus resultados, a adaptação ao uso e possíveis efeitos adversos.

A P4 na prevenção induz uma discussão organizada, um reconhecimento coletivo dos profissionais e do sistema de saúde de situações problemáticas, em que são comuns atitudes intervencionistas e sobremedicalizadoras, potencialmente mais danosas, que demandam saberes orientadores de contenção e correção (Tesser, 2017). Ela é, portanto, uma linha de constante pensamento que incide sobre os limites e tratamentos disponíveis.

A lógica de mercado, atuante desde os primórdios da indústria farmacêutica moderna, estimula, intensivamente a extrapolação do seu valor de uso, agindo suas técnicas promocionais, com grande vigor, em uma outra dimensão, que poderiam ser designadas como 'valor simbólico' (Barros, 2002). Whitaker (2017) revela a falácia quanto a tentativa da indústria farmacêutica de explicar os transtornos mentais a partir da exclusividade do desequilíbrio químico e exemplifica no contexto norte-americano em que o uso de medicamentos psiquiátricos foi associado com o aumento de diagnósticos, cronicidade da doença mental e a própria iatrogenia desencadeada por esse uso.

A compreensão da sustentação de um pressuposto frágil de adoecimento por desequilíbrio químico, que implica em um aumento do uso de drogas psiquiátricas, faz pensar os modelos assistenciais estabelecidos atualmente em uma valorização da ideia biologicista de um cuidado negligenciando aspectos sociais (pobreza, acesso a políticas). O que infringe uma consequência, que uma sociedade medicalizada, se torna refém do sofrimento, pois não o suporta (Han, 2015); pode tornar o seu quadro de saúde pior e a sua cura através de promessas medicamentosas com efeitos colaterais cada vez mais presentes (Illich, 1975).

## 2.4 Processo de cuidado das Uaps

A saúde mental é a área de cuidado às pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento mental em algum momento de sua vida. Na APS, esse cuidado se apresenta com os princípios fundamentais: noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia, além de apontar para uma rede de cuidados que se articularia no território através da criação de parcerias intersetoriais e intervenções transversais de outras políticas públicas (Onocko Campos *et al.*, 2011).

Foi com a conquista do povo brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, em seguida da Lei 10.216/2001 (Reforma Psiquiátrica) e o decreto 3.088/2011 (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) que se formou a base para o cuidado em saúde mental no Brasil. Antes disso, o sofrimento mental com o codinome de “loucura” foi utilizado para maltratar pessoas, com a falsa promessa de melhora dos sintomas que a pessoa apresentava.

Na Europa, no período da Renascença, a loucura também foi sinônimo associada a grupos marginalizados da sociedade, sobretudo, os pobres. É organizado dentro do espaço do Hospital Geral, numa unidade complexa, uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação (Foucault, 1978).

Pitta (2011) argumenta que entre os anos de 1975 a 1980 o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira recebia da Europa insumos importantes para abastecer seus ideais reformistas: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel, vinham para Congressos, Seminários em Universidades, testemunhando e reconhecendo grupos de resistência, instigando jovens inquietos para movimentos sociais como a defesa dos direitos dos enfermos mentais, condições e processo de trabalho em instituições manicomiais, na contribuição teórico-crítica em diferentes cenários acadêmicos, associativos, sindicais, estudantis.

Amarante (1996, p. 14) apresenta o projeto do MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental) assumindo um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico que, a partir de então, vem delineando o surgimento da atual concepção de reforma psiquiátrica. Desta forma, o questionamento mundial da atuação psiquiátrica juntamente com o

ambiente político brasileiro do período final da ditadura militar propiciou o contexto de transformação de paradigma do cuidado em saúde mental.

O que antes era tratado somente nos hospitais psiquiátricos, passa a se ter uma ideia marcante para cuidados fora deles, o que vai organizar no curso da história ao surgimento dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), contudo, a sua consolidação ainda requer bastante atuação dos atores políticos e sociais. A construção de uma rede articulada que vai do nível de menor complexidade tecnológica (Atenção Primária a Saúde) ao de maior complexidade tecnológica (leitos psiquiátricos em hospitais gerais) em prol de um cuidado que valorize o usuário é um dos desafios de consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, devido a isso há um favorecimento e reclusão do CAPS em si mesmo (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A delimitação desta dissertação se faz na presença da Atenção Básica, com o foco do cuidado em saúde mental de um país que busca estabelecer a ideia da RPB. A APS se torna o ponto de partida, mas também de encontro, das pessoas que passam por algum sofrimento psicológico. Por isso a necessidade de demarcar a sua importância como estratégia disponível de atenção a saúde das pessoas.

A Atenção Primária a Saúde (APS) também conhecida como Atenção Básica (AB), faz parte da RAPS na demanda de promoção e prevenção. É um importante lugar de produção de cuidado, pois é nela que é feita o acompanhamento territorial dos usuários adscritos. A APS foi estabelecida como a estratégia prioritária de construção do cuidado, definida como porta de entrada aos serviços de saúde, a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978, realizado pela Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata (Who, 1978). A Declaração de Alma-Ata definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. (Andrade *et al.*, 2006)

Nos mais de 30 anos do SUS, a APS sempre teve a sua importância cada vez mais ressaltada na municipalização e capilaridade. Levantamento realizado sobre o período de 1990 a 2005 mostrou que os municípios passaram a ser responsáveis por 93% dos novos estabelecimentos e 69% dos trabalhadores públicos de saúde no país (Santos, 2018).

Nessa municipalização, foi o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), precursor dessa reorganização da saúde pública que foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, visava contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde e ataca de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil (Levy; Matos; Tomita, 2004). Ao priorizar inicialmente as crianças e mulheres em idade fértil, cumpriu-se um importante papel na reorganização da atenção básica pela forma de

trabalho fundamentado nas noções de área de cobertura e ações preventivas para substituir a ênfase da cura pela promoção da saúde (Ávila, 2011).

Para se compreender a importância nos anos iniciais do SUS na população utilizamos o indicador de mortalidade infantil. A taxa de mortalidade infantil caiu de 47,1 na década de 1990 para 13,3 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 2015 (Brasil, 2021). Uma queda vertiginosa que evidenciou o protagonismo de uma APS em construção e tornando o SUS potente em sua idealização, contudo, coexistindo com dificuldades que afetam em sua efetivação (Santos, 2018).

Em 1994 é instituído o Programa Saúde na Família (PSF) mediante a promulgação da Portaria nº. 692, de 25 de março de 1994. Esta portaria constituía as equipes de Saúde na Família e adscrevia a população que seria acompanhada por esta equipe. Assim, enfermeiros, médicos, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde compunham esta equipe para execução na APS. Devido a sua potência e capacidade de acompanhamento, o PSF se tornou Estratégia Saúde da Família (ESF) com o pressuposto de organização e fortalecimento da APS, sendo através da ESF a sua principal forma de materialização, embora a sua total implementação esbarre em questões financeiras, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas (Campos *et al.*, 2008).

A APS é compreendida como porta de entrada do SUS e se torna ordenadora do cuidado de forma longitudinal e é nela também a possibilidade de visualizar a inserção e desenvolvimento do usuário na comunidade e na família. Portanto, com a expectativa da APS resolver 80% da demanda do território (Andrade *et al.*, 2006; Campos *et al.*, 2008) foi necessário que a ESF fosse complementada pelo NASF.

No ano de 2008, institui-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM/MS nº 154, de 24 de junho de 2008. Esta equipe é composta de profissionais de diferentes categorias e áreas do conhecimento que, atuando de maneira integrada às equipes de saúde da família, promovem a capacidade de resolutividade na própria APS, evitando uma superlotação também em outros níveis de atenção à saúde (secundária e terciária).

Conceito importante para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde, os níveis de atenção se estruturam como “arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde” (Mendes, 2011, p. 78). Desta estrutura operacional ainda fazem parte a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (Mendes, 2010).

A equipe multiprofissional se insere na APS e proporcionam um forte fator na ampliação do cuidado em saúde, pois saberes de outros campos contribuem para um cuidado integral do sujeito. O NASF precisa configurar-se como retaguarda de apoio especializado, garantindo apoio matricial às eSF, tomadas como equipes de referência para áreas adscritas (Oliveira *et al.*, 2019, p. 22), trabalham com palestras, oficinas, grupos, atendimentos compartilhados, visitas, ações na comunidade, reuniões de equipes para melhoria do diagnóstico e dos tratamentos aos usuários, articulação intersetorial e atendimentos individuais. São profissionais elegíveis para composição do NASF:

Médico acupunturista, pediatra, ginecologista/obstetra, homeopata, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica) ou médico do trabalho; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (Brasil, 2011).

As categorias profissionais escolhidas dependerão da demanda do território adscrito da APS, sendo estes profissionais necessário aproximação com a equipe de Saúde da Família (eSF) formada pelo médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, odontólogo e técnicos de enfermagem e bucal a fim de prestar apoio as suas ações principalmente na prevenção e promoção em saúde. 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 atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas (Brasil, 2014 p. 17).

Se por um lado se tem o estabelecimento em políticas para os serviços prestados na APS, por outro lado é importante estabelecer indicadores que possam acompanhar a implantação e eficiência dos serviços. Dados do e-Gestor Atenção Básica de dezembro de 2020, mostram uma cobertura de 58,29% da ESF e 69,22% da Atenção Básica no município de Fortaleza, contudo, não foram encontrados dados oficiais quanto a cobertura do NASF no município. O que mostra a necessidade de avançar para maior cobertura, pois se trata de uma política que precisa de estrutura para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental.

Recentemente em maio de 2023 foi editada a Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. normativa do Ministério da Saúde que reestabelece a presença de equipes multiprofissionais. O financiamento presente na PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2017 não contemplava os NASF, ficando a critério dos gestores locais a sua implementação e trazendo

um risco iminente de desmonte deste serviço, superlotando a atenção secundária e fazendo a APS menos efetiva (Reis; Meneses, 2020).

Com o retorno do financiamento pela portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023, se pretende retomar e fortalecer o aspecto importante de integralidade do cuidado. A retomada das equipes multiprofissionais é fundamental para assegurar o cuidado integral da população, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde na Atenção Primária, já que os brasileiros terão acesso aos atendimentos especializados nas Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2023).

Por compreender a necessidade de marcação da atuação do NASF para a efetivação de um cuidado integral, somado a demanda diversa que chega na APS, sobretudo em saúde mental, se busca entender as práticas de cuidado em uma população que faz uso de medicamento antidepressivo. Referindo-se à atenção à saúde mental na ESF, faz-se patente importante lacuna quanto à incapacidade das equipes em atender adequadamente às necessidades de saúde mental da população de seus territórios (Onofre Junior *et al.*, 2016).

O NASF ou equipes multiprofissionais são potentes arranjos contributivos para a efetivação de planos de cuidados em saúde mental, para isso, o equilíbrio entre atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas deve ser uma busca constante, levando em consideração a realidade territorial (Brasil, 2014). Isso para não tornar estas equipes como atendimento especializado, o que geraria pouca resolutividade na APS e se trataria de um atendimento de atenção secundária na atenção primária.

Para tanto, estas equipes devem ser guiadas pela lógica do apoio matricial, clínica ampliada, cogestão e por ferramentas que subsidiem o trabalho (Nascimento; Cordeiro, 2019). Estudos revelam dificuldade de adesão e entendimento da eSF da função do NASF no cuidado em saúde, havendo sobrevalorização do foco assistencial em detrimento do técnico-pedagógico (Nascimento; Cordeiro, 2019; Machado *et al.*, 2021).

Portanto, para o cuidado em saúde mental andar como o idealizado – com equipes funcionando em sinergia e cada um compreendendo como se inserir no trabalho, fica importante levantar informações materiais dos ambientes de trabalho. Gonçalves (1992) nos apresenta a complexa rede de relações em trabalhos de saúde. Sua ideia é fundamentada na compreensão marxista de relações, do qual compreende o trabalho: a partir do agente que executa, do objeto do trabalho, do produto tido, dos instrumentos ou meios de trabalho e pela finalidade que segue cada ação.

Para um entendimento da construção da forma de cuidado em saúde mental, considera-se a centralidade nos processos de trabalho, no trabalho vivo, isto é, os trabalhadores

em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde (Franco; Merhy, 2012). Chamamos o trabalho feito em ato de ‘trabalho vivo em ato’, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto – o aço – chamamos de ‘trabalho morto’ (Franco; Merhy, 2008).

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras (instrumentos) e leve-duras (conhecimento técnico), visto que, aquele se deu a partir da tensão criada sobre a rede de serviços, pelas corporações e mercado que atuam na saúde, para um processo de produção do cuidado centrado em procedimentos (Franco; Merhy, 2012). O trabalho em saúde é essencialmente relacional e intercessor, no qual as “tecnologias leves” devem conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços/estabelecimentos de saúde (Camuri; Dimentein, 2014).

Destaca-se o pensamento de Ayres (2007) no que é considerado uma perspectiva para construção de planos de cuidado em saúde mental, que quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, de forma equivalente se vai afastando de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, fazendo que se tenha mais intersubjetividade ali experimentada, retroalimentada pelos seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos.

Há, na forma de pensar do autor, o devir da troca de saberes e experiências, que para além de um conhecimento pré-estabelecido entre aquele que é especialista e o outro que sofre, a potência para construir a base de um processo de cuidado participativo e não simplesmente aplicado pelo profissional. Aqui, chama-se atenção para o paciente, o usuário do serviço, como sujeito participante do seu processo de cuidado, cabendo atitudes e reflexões possíveis para a construção de um cuidado.

## **2.5 Antidepressivos e integralidade do cuidado da depressão**

De acordo com a pesquisa bibliográfica, no contexto da saúde mental, se revela importante o que se tem produzido com a temática sobre os antidepressivos na APS. Este medicamento está associado a estudos maiores dos psicofármacos, ainda que eles apresentem presença quantitativa superior a outros psicofármacos (Santos *et al.*, 2019; Antoniassi Junior *et al.*, 2019; Gatto *et al.*, 2021; Rocha; Verlang, 2013). Em outros estudos, verificou-se também a associação deste medicamento com a polifarmácia (Farias *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2021; Rocha; Verlang, 2013).

A depressão frequentemente está associada a utilização de outras classes de fármacos e a polifarmácia, deste modo deve-se manter dados atualizados e consultar a literatura sempre que necessário a fim de identificar e evitar as possíveis interações (Uzai; Borin, Carraro, 2022).

É um dado concreto o que tem sido evidenciado pela academia no que se refere ao uso de medicamento antidepressivo, sua abrangência e o questionamento quanto a forma que tem sido administrado. Contudo, neste tópico, se busca aproximar quanto aos limites do uso deste medicamento para o cuidado integral em saúde mental.

No Brasil o reconhecimento do dever do Estado e do direito a saúde a toda população presente na Constituição Federal, assegurou ao povo o acesso a saúde pelo SUS e suas terapêuticas, sobretudo, a assistência farmacêutica. Tema de vasta produção bibliográfica, o medicamento é essencial para a efetivação do direito à saúde e pode ser analisado em suas múltiplas dimensões: técnicocientífica, econômica, social, política, sanitária, cultural e simbólica (Costa *et al.*, 2016).

Da mesma forma que o uso indiscriminado de medicação psicotrópica tem sido amplamente estudado, seu uso consciente necessita ter amplo diálogo social e acadêmico, uma vez que o remédio se tornou objeto primário de intervenção médica nas demandas de saúde (Luz, 2019). A influência da indústria farmacêutica e toda a revolução do uso de medicamentos para tratamento de saúde mental precisam ser verificados de perto para que se tenha um uso dentro dos limites permitidos, pois na minha experiência profissional, tenho percebido pessoas que usam a medicação e demonstram como o uso tem ajudado de maneira a tranquilizar a crise ou o momento de sofrimento.

Para se coabitar o uso de medicamento antidepressivo nos planos de cuidados de pessoas com depressão, Pereira, Souza e Cardoso (2021) apontam algumas indicações para uma proposta que inclua médico e pacientes no cuidado: estabelecimento de uma relação de parceria entre ambos; compartilhar decisões que parta do diagnóstico ao tratamento; valorizar a longitudinalidade e da abordagem multiprofissional; e explorar as potencialidades sociais e comunitária. O cuidado nesta visão, embora inicie pelo médico, vai ultrapassando-o para a inserção de outros atores.

Para seguir com a proposta apresentada, a estruturação da RAPS em todos os níveis de atenção, a saúde mental passa a disponibilizar cuidado ao usuário é de grande importância. A APS assume importante campo de atuação, pois nela se encontra os usuários nos seus territórios, casas e comunidades, favorece ampla aproximação da realidade que precisa ser sanada. Contudo, o que pode ser um benefício, também pode se tornar um desafio visto que ao se entrar “nas famílias”, problemas psicológicos de toda ordem serão encontrados, e do ponto

de vista ético, deverão ser atendidos, fazendo com que a possibilidade de se criar uma demanda impossível de ser atendida prevaleça (Alves, 2006).

A integração da saúde mental na APS, apesar de desejável, enfrenta diferentes forças que se contrapõem e que se situam no âmbito profissional (generalistas e especialistas), político, ideológico, epistemológico e de gestão (Hirdes; Scarparo, 2015). Trabalhar a saúde mental exige mais do que saberes individuais de profissionais em seus campos de atuação, é preciso expandir a concepção fragmentada e trabalhar em uma continuidade prevalente ao usuário. Para tanto, todos os profissionais precisam estar cientes de suas inserções neste cuidado em saúde mental.

Está então colocado para nós um bom desafio: nos incorporarmos ao PSF, valendo-nos do que ele tem de inovador e reorganizador da assistência e contaminá-lo com nossa prática exitosa de compartilhar saberes e olhar os problemas no conjunto, para cuidar de forma integral (Alves, 2006).

Não cabe mais colocar o sujeito como doente diante o sofrimento dele. O contexto saúde-doença mostra que, seja atuando na prevenção, na promoção ou na recuperação da saúde, não podemos perder de vista que o processo ocorre com a pessoa inteira, e não apenas com seu corpo ou partes dele (Soares, 2005).

Canguilhem (2009) amplia nosso olhar ao buscar um entendimento entre o que seria considerado o organismo normal e o patológico, em seu célebre livro de mesmo nome. O referido autor atribui à normatividade biológica a sua interação do organismo com o meio, sendo cada um destes regidos por padrões próprios, considera, com isso, o próprio estado patológico como normal dentro da normatividade da vida. Deste modo, existe potência de vida até quando o ser vivo for considerado doente, e contradizendo os termos hegemonicamente construídos, sobretudo, em marcadores fisiológicos.

Portanto, o cuidado com pessoas com diagnóstico de depressão requer a visão da complexidade que a APS está inserida, assim como a presença de protocolos e capacitações de profissionais. A utilização racional dos psicofármacos está intimamente relacionada com o controle da prescrição dos mesmos, que somente será realizada de forma adequada com a utilização de protocolos clínicos e terapêuticos e capacitação dos profissionais na APS (Rocha; Verlang, 2013). Diante disso, compreende-se este plano de fundo e se busca as experiências na ponta do serviço de saúde, na APS. Na revisão de literatura, foi percebida a categoria antidepressivo na APS em estudos maiores dos psicofármacos sendo maior ênfase no viés quantitativo; foi sinalizado também quanto a polifarmácia. Foi possível perceber uma grande centralidade na figura do médico.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender sentidos do uso de antidepressivos dentro de planos de cuidado em saúde mental a partir da percepção de profissionais da APS do SUS.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Compreender junto ao profissional de saúde seu conhecimento quanto a depressão e a indicação/efeitos dos antidepressivos;
- b) Analisar justificativas/propósitos terapêuticos relacionados à prescrição de antidepressivos por profissionais médicos da APS Fortaleza;
- c) Identificar abordagens alternativas ou complementares ao uso de medicamento antidepressivos em experiências com tratamento de usuários com diagnóstico de depressão.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Pesquisa qualitativa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa desenvolvida com profissionais de saúde que compõem uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. A pesquisa se deu com a entrevista de profissionais que compõe uma equipe da Estratégia Saúde da Família. A pesquisa qualitativa (PQ) no campo da saúde se configurou com a contribuição da discussão epistemológica, teórica, política, ética e metodológica das ciências sociais e humanas (Correa; Bosi, 2021, p. 49)

A PQ pode ser compreendida como a busca dos significados empregados ao tema específico pelas pessoas investigadas. A PQ diverge do método da Pesquisa Quantitativa por buscar o social como um mundo de significados passível de investigação (Minayo; Sanches, 1993). Em vez de simplesmente aceitar os conceitos e as explicações utilizadas na vida diária, a PQ faz perguntas fundamentais e investigadoras a respeito da natureza dos fenômenos sociais (Pope e Mays, 2009). Minayo (2009) descreve que a PQ nas ciências sociais se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, é, portanto, o trabalho com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes.

Yin (2016) propõe que a PQ deve ser entendida a partir de cinco características: estudar o significado da vida das pessoas; representar as opiniões e perspectivas das pessoas; abranger as condições contextuais delas; contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes na compreensão do fenômeno; se esforçar para usar múltiplas fontes de evidências em vez de somente uma.

A PQ dirige-se à análise de casos concretos em suas particularidades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (Flick, 2008, p. 37). Assim, procura estabelecer na PQ que um recorte histórico e material se faça no contexto da pesquisa, dado a pluralidade e profundidade de experiências abordadas.

Portanto, o local, a forma de intervenção e os participantes da pesquisa não são tratados como eventos isolados a ser estudado pelo pesquisador, mas sim como uma rede complexa de relações em que é preciso ser compreendido que toda a conjuntura relacional estabelecida ali para se ter uma PQ de qualidade.

A contribuição da pesquisa qualitativa no campo da saúde ao conhecimento e à solução de problemas da realidade está ligada à qualidade, marcada pelas disputas entre os pesquisadores quanto a implementação do método e aos resultados da pesquisa (Correa; Bosi,

202,1 p. 49). Bosi (2012, pág. 580) articula que, “[...] o que se processa nas pesquisas qualitativas pertence ao plano das construções intersubjetivas, imersas em relações sociais, e não a mera aplicação de técnicas [...] impõe-se considerar a dimensão ético-política nas decisões em pesquisa, entendendo-as como critério de qualidade.”

A reflexividade abre uma discussão necessária para o andamento da PQ. O método qualitativo considera a comunicação do pesquisador em campo como parte explícita da produção de conhecimento, fazendo com que as reflexões do pesquisador sobre suas próprias atitudes e observações de campo, como pontos importantes para se chegar ao conceito de reflexividade (Flick, 2008, p. 25). A experiência do pesquisador com a dos participantes introduz uma série de questões estratégicas, éticas e pessoais ao processo de PQ, devendo assim, refletir sobre seus vieses, valores e históricos pessoais que moldam as interpretações realizadas durante o estudo (Creswell; Creswell, 2021).

Reflexividade significa sensibilidade às maneiras pelas quais o pesquisador e o processo de pesquisa formataram os dados coletados, inclusive o papel de suposições e experiências anteriores, as quais podem influenciar mesmo as indagações indutivas mais reconhecidas (Pope; Mays, 2009). Para Bosi (2012), a reflexividade deve ser um princípio norteador da PQ, sendo ela compreendida como a consciência autocrítica.

Por já ter atuado em uma UAPS na vivência da residência, será considerado que muito da dinâmica daquele espaço já possa ser compreendida pelo pesquisador, contudo, isto não impede que novos protocolos ou outras abordagens tenham sido criadas para os profissionais do serviço e caberá um olhar criterioso para identificar outras dinâmicas. A familiaridade com o tema também será outro fator considerado, visto que na interpretação das entrevistas e observação fiquem caracterizados experiências passadas do pesquisador.

Para se chegar à complexidade presente na PQ, se considera nesta pesquisa como caminho que sirva de base para apreender os significados investigados, a entrevista semiestruturada. Este foi escolhido devido a familiaridade do pesquisador com este método presente em outros momentos de sua carreira. Pope e Mays (2009) apontam que as entrevistas semiestruturadas são as mais utilizadas nas pesquisas em saúde e são tratadas como questões abertas que definem a área a ser explorada de maneira que o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes, sendo-as conduzidas com base em uma estrutura flexível. O roteiro para orientar a construção das informações na entrevista foi pensado e se encontra disponível nos anexos deste projeto.

A análise para produção textual se dará através da Hermenêutica de Paul Ricoeur (1991). A hermenêutica é um trabalho de interpretação imaginativa em que se busca

compreender a partir do olhar do outro que já é influenciado por uma cultura, vivência etc. É um método histórico. A interpretação é o trabalho mental que consiste em decifrar o sentido escondido no sentido evidente, ao desdobrar os níveis de significação implícitos na significação literal.

Para a utilização da hermenêutica é necessário o movimento recorrente denominado círculo hermenêutico. Neste sentido, é feito o movimento de compreensão do todo pelas partes e em seguida das partes pelo todo. Para tanto se recorre ao conceito de Merleau-Ponty (1999) sobre a compreensão:

A compreensão nunca deve ser unidirecional, excludente em comparação a todas as outras possibilidades de compreensão coexistentes, senão já se pressuporia alguma verdade universal. A compreensão são sempre todas as acepções simultâneas, que se reúnem sob a tutela de um sentido, e que antecipam quando juntas, como diz Merleau-Ponty, a ‘estrutura de ser’ (Merleau-Ponty, 1999, p. 16).

Nesse processo, a apreensão das falas dos participantes é lida várias vezes, buscando a síntese presente juntamente com a conclusão do que o texto diz. Neste processo, se compreende que o leitor é em si uma parte do mundo e sua abstração oriunda da leitura constitui uma teoria totalizante. Assim, se recorre ao processo reflexivo, produzindo a interpretação e o sentido. É preciso, também, ir além da relação entre o sujeito e o objeto e se interrogar sobre o ser, sobre o ser-no-mundo (Paula, 2012).

Será feito a decodificação do texto em partes menores e as relações entre essas pequenas partes. Símbolo e interpretação, tornam-se, deste modo, conceitos correlativos; há interpretação onde há sentido múltiplo, e é na interpretação que a pluralidade dos sentidos se tornou manifesta. O símbolo será toda estrutura primária de significação em que sentido primário e/ou literal, designa por consequência outro sentido indireto, secundário e/ou figurado, que pode ser apreendido apenas por meio do primeiro. A partir da definição do símbolo como algo que está no lugar de outra coisa e que, portanto, engendra a reflexão acerca dessa segunda referência, tem-se o paradigma da hermenêutica da suspeita, ou seja, o símbolo como algo que faz “pensar mais”, para além do dado primeiro (Paula, 2012).

A narrativa permite a compreensão de nós próprios pela dimensão temporal. O discurso refere-se ao seu locutor ao mesmo tempo que se refere ao mundo (Ricoeur, 1976). Este autor afirma que a hermenêutica deve contemplar a dialética presente no discurso, sendo esta caracterizada como a intenção e o diálogo, mas também outros, como o evento e significação e de sentido e referência. Para Paul Ricoeur, toda teoria de abordagem de objetos a serem analisados deveria sempre pensar os limites de sua própria proposição estando assim aberta ao diálogo com outras linhas de pensamento, às vezes, rivais (Paula, 2012). É, portanto, um

exercício minucioso de interpretação. A produção textual se dará apresentando aspecto importante para Ricouer, como a historicidade dos atos e a dialética.

#### **4.2 Local de pesquisa e participantes**

A escolha do local de pesquisa em uma pesquisa qualitativa não atende a critérios estatísticos ou probabilísticos. Suas escolhas são feitas de maneira intencional pelo pesquisador apresentando a forma mais adequada para realizá-la. Em pesquisa com enfoque qualitativo se busca por desenhos não probabilísticos, uma vez que têm a escolha dos participantes da pesquisa de forma intencional, pois este pressuposto epistemológico não cabe a neutralidade ou abstenção do pesquisador, em buscar de casos ricos em informações (Martinez-Salgado, 2021).

A Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) Prof. Gilmário Mourão Teixeira foi escolhida como campo de pesquisa dessa dissertação e essa opção do local para os achados da pesquisa se deu devido a articulação acadêmica presente e pela unidade ofertar serviços mais que o posto de saúde comum. A UAPS faz parte do complexo de serviços da Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar (CDFAM), sendo-a uma unidade administrativa vinculada a Pró-reitora de Extensão (PREX) da Universidade Federal do Ceará (UFC) que busca integrar as ações de assistência, ensino, pesquisa e extensão em Atenção Primária à Saúde (APS) prestadas pelos cursos da UFC nas comunidades do Planalto do Pici, Parque Universitário e Panamericano, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), prezando pela qualidade dos serviços, o fortalecimento do vínculo com a comunidade e o desenvolvimento familiar no que tange à Educação, Saúde e Cidadania.

Seu amplo trabalho realizado junto à população no entorno do campus do Pici, faz com que este equipamento tenha grande importância na prestação de serviço de saúde. Este equipamento já tem sido objeto de pesquisas na área da saúde, devido a inserção de cursos da Universidade Federal do Ceará neste local.

Na CDFAM são ofertadas ações de atenção básica e atendimento especializado à saúde através da graduação, pesquisa e extensão desenvolvidas pelos servidores e acadêmicos da Universidade Federal do Ceará (UFC) de modo integrado às equipes de Saúde da Família (eSF) e profissionais do Posto de Saúde vinculados a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza. Os serviços são: atendimento em acupuntura e práticas integrativas e complementares, atendimento em enfermagem, atendimento em farmácia clínica, atendimento em fisioterapia, atendimento médico, atendimento odontológico, atendimento em psicologia.

A estrutura física da CDFAM é dividida ao longo de três blocos mais os espaços abertos conforme descrito abaixo:

Bloco 1:

- a) NAC
- b) Recepção
- c) Preparo
- d) Sala educativa
- e) Sala de vacina
- f) Sala de observação
- g) Sala de curativo
- h) Sala de coleta
- i) 08 Consultórios
- j) Varanda
- k) Copa
- l) Almojarifado
- m) DML
- n) Banheiros

Bloco 02:

- a) Farmácia
- b) Auditório
- c) Ginásio de fisioterapia
- d) Sala de PICS
- e) Banheiros

Bloco 03:

- a) Secretaria da CDFAM/PREX
- b) Secretaria da UAPS
- c) Clínica de saúde bucal
- d) Expurgo
- e) Esterilização
- f) Sala de ACS
- g) Sala de projetos

- h) Copa
- i) Almojarifado
- j) DML
- k) Banheiros

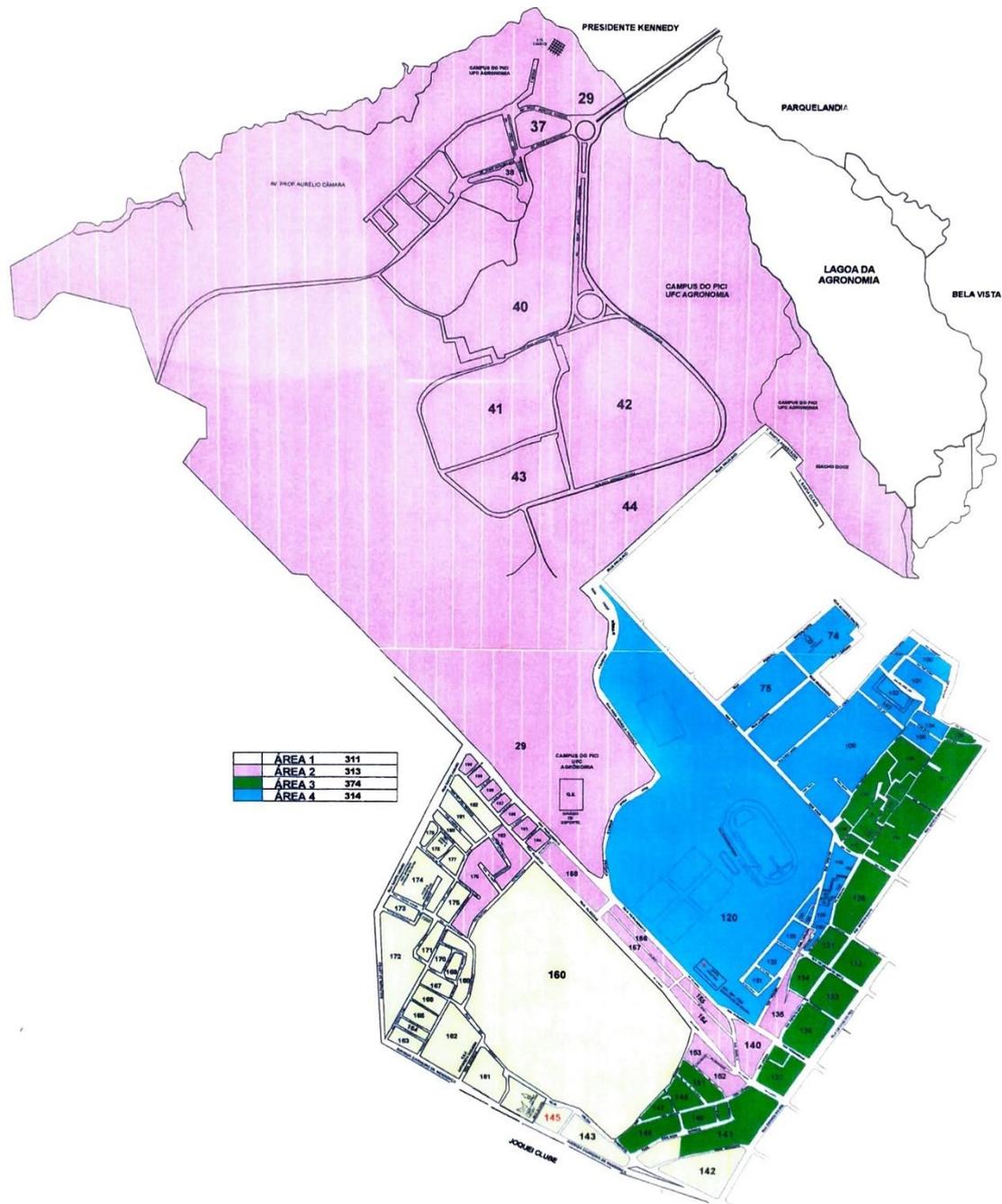
Espaços abertos:

- a) Consultórios itinerantes de odontologia e oftalmologia (EBSERH/Complexo Universitário da UFC)
- b) Horta comunitária
- c) Jardim
- d) Estacionamento

A Unidade de Atenção Primária à Saúde Prof. Gilmário Mourão Teixeira é fruto do Termo de Acordo de Cooperação Técnica firmado em 2018 entre a UFC e a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza que teve como objeto a conjunção de esforços para a articulação, integração e desenvolvimento de ações e atividades necessárias à implementação dos processos de atenção primária à saúde, na perspectiva de garantir atenção integral a população, promover a formação de recursos humanos para o SUS e inserir a CDFAM no sistema nacional.

A unidade é composta por 4 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (SB), identificada por cores conforme exposto na figura 1. Conta também com as ações de assistência, ensino, pesquisa e extensão ofertadas pela CDFAM e cursos de graduação e pós-graduação da UFC. Possui cerca de 67 servidores SMS e ISGH, dentre médicos, enfermeiros, téc. de enfermagem, aux. de enfermagem, dentista, téc. de saúde bucal, assistente de saúde bucal, agente comunitário de saúde, agente de endemias, educador, gerente de serviço de saúde, assistente administrativo e aux. administrativo, além dos servidores e acadêmicos da UFC. Segundo dados do IBGE (Universidade Federal do Ceará, 2021), a população estimada residente no território de abrangência da UAPS CDFAM é de 14.208 habitantes.

Figura 1 – Mapa de abrangência UAPS CDFAM



Fonte: Universidade Federal do Ceará (2023).

Para a realização da pesquisa, era elegível um participante de cada membro que compõe a equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS) e da equipe de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal). Portanto, seis profissionais foi a quantidade de participantes da pesquisa. Para se chegar aos profissionais entrevistados, a gerente da unidade de saúde foi indicando os que poderiam participar tendo como critério principal a disponibilidade deles.

Não foram todos os profissionais que, após a indicação da gestora, se disponibilizaram a participar. Contudo, se conseguiu fazer todas as entrevistas em um prazo de uma semana. Após a aprovação do comitê de ética, foi feita uma visita a UAPS para apresentar o cronograma e objetivo da pesquisa e em visita posterior se deu início a entrevista com os participantes.

Compreende-se que a entrevista com categorias profissionais distintas possa contribuir com o objetivo da diversificar as evidências relacionado ao medicamento antidepressivo, ainda que se tenha forte relevância ao conhecimento médico. Mais do que evidenciar achados do possível desconhecimento de termos técnicos e teórico quanto a esta problemática, se busca gerar a implicação da equipe nesse cuidado em saúde mental.

A diversificação de diferentes perspectivas pelo pesquisador sobre uma questão em estudo ou, de forma mais geral, ao responder à pergunta de pesquisa, é consideração o critério de qualidade compreendido como Triangulação (Flick, 2009, p. 62). Diferentes perspectivas na pesquisa qualitativa são trianguladas para complementar seus pontos fortes e mostrar suas limitações (Flick, 2009, p. 70). Contudo, será na concepção de Bosi (2012) da qual aponta a coerência e consistência ontológica, metodológica e ética como critérios de qualidade desta pesquisa.

No mês de julho de 2023, foram feitas as entrevistas com os profissionais e participaram todos que compõe a EqSF. Dos seis participantes, apenas dois tinham capacitações com curso específico na saúde mental. Como se tratava de três profissionais de nível superior (enfermeiro, odontólogo e médico) e três de nível médio ou técnico (ACS, técnico de enfermagem e auxiliar de saúde bucal), dois profissionais de nível médio possuíam graduação de nível superior em área da saúde. Dois participantes eram do sexo masculino e outros quatro do feminino, e a idade deles variou entre 33 e 57 anos. Das quatro equipes de saúde da família presentes na UAPS, nesta pesquisa foram contempladas duas delas, de maneira aleatória.

Vale destacar que esse momento da pesquisa se deu no período de férias acadêmicas, ficando a movimentação do espaço em grande parte pelo funcionamento do posto de saúde. A escolha dos participantes da pesquisa foi feita por indicação da profissional que ocupava a gerência da unidade no momento da coleta. Esta escolha se deu através do convite da gerente e a dinâmica do tempo foi avaliada pelos participantes para a realização da entrevista, visto que a visita se deu em horário de trabalho. Alguns potenciais participantes recusaram a entrevista com o argumento de ter “muito trabalho para fazer”. Ainda assim foram realizadas as entrevistas como planejadas, em momentos em que os profissionais estavam livres ou movimento do posto estava mais tranquilo. Houve a participação de duas das quatro eSF ao final da coleta das

entrevistas, sendo três participantes de cada equipe. O tempo médio de cada entrevista foi de 25 minutos.

Após as entrevistas, as informações obtidas foram transcritas no programa Word do Microsoft 365. Utilizou-se da ferramenta “transcrever” do mesmo programa como auxílio para a transcrição dos áudios coletados. Embora grande parte da transcrição tenha sido feita pelo programa, uma revisão criteriosa foi necessária para transcrever corretamente todo o diálogo apreendido na entrevista. Ao final desta fase se teve 121 páginas de transcrição para análise.

Fundamentado pela hermenêutica, o procedimento metodológico se deu em cinco processos:

- a) Descrição: com o objetivo de apreender a experiência enquanto usuário do posto de saúde, das percepções do pesquisador do cenário de pesquisa pela fala dos trabalhadores. Dados estes, colocados juntos as demais etapas da pesquisa.
- b) Pré-análise: escuta e transcrição a partir da captação do discurso dos participantes da pesquisa. A transcrição dos dados oferece apreensão da experiência e dos dados contidos no momento da entrevista, o que favorece a capacidade de revisão para análise posterior. Soma-se a digitação das observações e leitura preliminar dos documentos.
- c) Organização e codificação: aqui é feito o ordenamento dos dados, etapa importante de separação de segmentos dos discursos de cada participante que respondiam e relacionavam aos objetivos traçados na pesquisa. Este momento se deu com leitura exaustiva de todo o material, identificação dos núcleos de sentidos, sistematização dos dados empíricos a partir da síntese horizontal e vertical. Assim, se teve a compreensão da ideia de cada entrevistado. Entrevistado 1: atendimento prioritário, paciente críticos, falta de capacitação; Entrevistado 2: demanda espontânea, prioridade; Entrevistado 3: demanda espontânea, uso indiscriminado de medicamentos, PICS; Entrevistado 4: PICS, condução pelo médico; Entrevistado 5: demanda reprimida, conduta incompleta, busca do medicamento pelos pacientes; Entrevistado 6: PICS, atendimento sem distinção.
- d) Categorização: Com a classificação dos dados, se busca a dimensão empírica a partir do disparado na proposta de pesquisa. Aqui se dá os achados da pesquisa de maneira organizada, sobretudo, pela vivência e intercessão do pesquisador no ambiente pesquisado. Se propõe tópicos-tema que seguem o diálogo prestado entre o objetivo de estudo e os achados da pesquisa. A descrição destes tópicos-tema está contida nos resultados e são um total de três.

e) Reinterpretação: momento de confrontação das categorias de análise com os marcos teóricos adotados na pesquisa, para assim seguir com a produção e diálogo dos achados da pesquisa. Portanto, os procedimentos de juntar o resumo dos resultados gerais, para seguir com a comparação dos resultados com a literatura, levando em conta a discussão de uma visão pessoal dos resultados e a indicação das limitações e pesquisas futuras resultam neste momento final da pesquisa.

Vale destacar que todos estes passos da análise não foram rígidos entre si. Pois somente com o movimento reflexivo presente na pesquisa qualitativa, num movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, contribuiu para o caráter de ir e vir nestas etapas.

### **4.3 Aspectos éticos e legais**

Este projeto contempla os critérios da resolução 466/2012 que trata de pesquisas desenvolvidas com seres humanos (Brasil, 2012). O projeto obteve o parecer positivo após apreciação do comitê de ética da Universidade Federal do Ceará, através do parecer 6.190.450 na data de 19 de julho de 2023. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o modelo apêndice B. Aos participantes, foram resguardados o anonimato e a livre desistência em qualquer momento da pesquisa.

A Carta de anuência foi assinada pela CDFAM, assim como pela Secretaria Municipal de Saúde para acesso aos dados e aos sujeitos da pesquisa. A pesquisa não possuiu risco da ordem orgânica ou física, no entanto, devido as perguntas poderia ter gerado algum desconforto ou constrangimento ao entrevistado.

Para os participantes não serem identificados na escrita desta dissertação será adotado o nome Entrevistado mais o número de 1 a 6, por exemplo: Entrevistado 1, entrevistado 2 e assim por diante.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atuação em saúde mental dos participantes se voltava principalmente para atendimentos generalistas das demandas que surgiam no posto de saúde ou através de orientação quanto aos serviços ofertados na unidade. Apenas um participante possuía outras experiências em saúde mental e cursos voltado para a área, os demais ou não tinham nenhum dos dois ou tinham o curso ou experiência na área, como demonstrado na Tabela 2. A tabela abaixo evidencia a pouca capacitação dos profissionais da APS para as demandas de saúde mental. Soma-se ainda a fala dos participantes em evidenciar a recorrente demanda de saúde mental na unidade pesquisada.

Quadro 2 – Distribuição dos entrevistados quanto a saúde mental

	<b>Outras experiências em SM</b>	<b>Cursos na SM</b>
Entrevistado 1	Não	Não
Entrevistado 2	Não	Não
Entrevistado 3	Não	Sim
Entrevistado 4	Sim	Sim
Entrevistado 5	Sim	Não
Entrevistado 6	Não	Não

Fonte: elaborada pelo autor.

Para alguns participantes conversarem sobre a temática dos antidepressivos gerava algum estranhamento, pois se acreditava que isto se tratava de uma responsabilidade exclusiva médica. Pensamento que distancia os outros profissionais de quaisquer compreensões dos efeitos destes medicamentos e assim facilitar o entendimento de uma terapêutica condizente com a demanda apresentada. Contudo, isto não foi unânime, ainda que o conhecimento envolvendo o tema se baseasse no interesse de cada participante da pesquisa.

Após isso se buscou consolidar em tópicos-tema, a partir de assunto que transversalmente perpassava a todos, como uma forma de os relacionar e apresentar aprofundamento de cada objetivo, como segue nos quadros 3, 4 e 5, a seguir.

Quadro 3 – Categorias do objetivo específico 1

	<b>Principais discursos</b>
<b>Entrevistado 1</b>	Sem conhecimento dos antidepressivos. Pacientes de SM presente em todas as idades; pacientes de SM são críticos; atendimento prioritário.
<b>Entrevistado 2</b>	Sem conhecimento dos antidepressivos. Demanda frequente, mas não pega muito (principal empecilho é a demanda espontânea); atendimento de SM é feita pelo médico.
<b>Entrevistado 3</b>	Conhecimento quanto alguns medicamentos psicotrópicos. Demanda frequente, contudo, falta estímulo dos profissionais para encaminhamento de alternativas a medicação.
<b>Entrevistado 4</b>	Conhecimento da depressão e alguns medicamentos por conta da sua formação e curso de saúde mental do CAPS.
<b>Entrevistado 5</b>	Conhecimento, classificação e condução dos casos de depressão. Terapêutica medicamentosa no SUS é limitada.
<b>Entrevistado 6</b>	Sem conhecimento e aprofundamento dos casos de depressão e dos antidepressivos. Aumento de demanda de saúde mental pós pandemia.

Fonte: Elaborada pelo autor.

O desconhecimento da medicação antidepressiva foi o achado mais expressivo. Um participante possui amplo conhecimento, com indicação e efeitos; dois tinham conhecimento parcial, com conhecimento superficial ou limitado do assunto, e os demais não souberam apontar ou esclarecer sobre esta medicação. Ainda que o conhecimento varie de cada categoria profissional e o médico precisa ter conhecimento da terapêutica medicamentosa, concordamos com Onocko Campos *et al.* (2011) quanto apontam que o compartilhamento do saber sobre os psicotrópicos seria uma ferramenta útil para a efetivação da prevenção quaternária na vigilância à saúde da atenção primária.

Percebeu-se ainda que aqueles profissionais que possuíam conhecimento em saúde mental, seja por experiência ou capacitação, tinham maior capacidade de apresentar argumentos que favorecia a prática e manejo minimamente adequado de casos relacionado a depressão. Parecida atuação foi percebida quando o profissional se mostrava aberto ou sensível ao tema, ainda que tivesse conhecimento limitado; de forma equivalente, a falta de conhecimento e a não sensibilidade, dificultou a condução, sendo o direcionamento para o médico como o principal recurso adotado.

Tendo como pano de fundo o objetivo traçado, foi apreendido de cada entrevistado categorias de análise presentes nos seus discursos. Buscou-se dialogar os achados com os conceitos debatidos na sessão teórica sobre os Processos de Cuidados das UAPS. Destaca-se os estudos de Lima e Fleck (2011) e Gato *et al* (2018) como boas bases para relacionar os achados para a depressão na APS para ajudar a compreender este fenômeno no local de pesquisa.

Pode-se inferir que o não empoderamento da eSF dos casos de depressão fortalece e centraliza o cuidado no médico, e fica a pergunta da inserção dos componentes da equipe no cuidado em saúde mental.

Chama atenção a dinâmica estabelecida para atendimento de saúde pela UAPS, sobretudo, a demanda espontânea. Fator apresentado de maneira transversal na fala de todos. Esta que possui caráter de ampliação da oferta de cuidado, tem se tornado uma sobrecarga a dinâmica de trabalho na unidade de saúde. Portanto, devido a estes assuntos se propôs aprofundar no tópico-tema: Fluxo de atendimento dos pacientes de saúde mental na UAPS.

Quadro 4 – Categorias do objetivo específico 2

	<b>Principais discursos</b>
<b>Entrevistado 1</b>	Conduta para o médico. Indicação medicamentosa de acordo com a demanda sob orientação médica.
<b>Entrevistado 2</b>	Conduta para o médico. Busca medicamentosa pelos usuários.
<b>Entrevistado 3</b>	Medicamento é importante para o tratamento, mas deve inserir as outras formas. Busca medicamentosa pelos usuários
<b>Entrevistado 4</b>	Medicamento é importante para o tratamento, mas deve ser aliado de outras formas. Necessidade de conhecimento do assunto e apoio familiar.
<b>Entrevistado 5</b>	Medicamento é importante para o tratamento, mas deve inserir as outras formas. Alguma resistência dos pacientes de terapêuticas não medicamentosas.
<b>Entrevistado 6</b>	Não compreende a demanda de saúde mental. Acredita que a saúde mental é para médico e enfermeiro, da forma culturalmente estabelecida.

Fonte: elaborada pelo autor.

A centralidade da condução dos casos de depressão na figura do médico, bem como a busca por medicamentos pelos usuários foram achados recorrentes da pesquisa. Metade dos entrevistados se abstiveram de comentar sobre a conduta terapêutica de casos de depressão que fazem uso da medicação antidepressiva, sendo esta conduta compreendida como

responsabilidade do médico. É como se, chegando um caso de depressão, então a responsabilidade se torna do médico. Outros três profissionais indicavam a necessidade de aliar o uso da medicação com terapêuticas alternativas, contudo, se percebeu o pouco conhecimento de outros participantes quanto esta oferta no próprio serviço.

Embora alguns entrevistados tivessem conhecimento quanto a problemática do uso indiscriminado da medicação, eles ainda apresentavam dificuldade de condução de casos em que os usuários buscavam solução na medicação. A adesão dos usuários em mudar a centralidade do cuidado em saúde mental para o foco não medicamentoso ainda se mostra um desafio na visão dos profissionais.

Aqui se fez referência ao discurso biomédico do cuidado em saúde mental, bem como a medicalização como conceito presente nesta etapa da pesquisa. Citamos pesquisas da revisão de literatura que se aproximavam dos achados, destacando-se Filardi *et al.* (2021), Bandeira *et al.* (2018) e Gama *et al.* (2021). O aporte teórico de Franco e Merhy (2005) foi importante para apontar para uma ideia de superação aos desafios encontrados.

Com estes assuntos se propôs aprofundar no tópico-tema: Desafios da terapêutica para a depressão de enfoque não medicamentoso ofertado aos usuários da UAPS.

Quadro 5 – Categorias do objetivo específico 3

	<b>Principais discursos</b>
<b>Entrevistado 1</b>	Destaque para os serviços ofertados pela UFC. Atendimento com maior regularidade aos pacientes com depressão.
<b>Entrevistado 2</b>	Terapia comunitária, serviços ofertados pela UFC, matriciamento.
<b>Entrevistado 3</b>	Experiência da terapia comunitária. Matriciamento.
<b>Entrevistado 4</b>	Matriciamento, serviços ofertados pela UFC.
<b>Entrevistado 5</b>	Matriciamento e atendimento psicológico, este com pouca adesão.
<b>Entrevistado 6</b>	Serviços ofertados pela UFC.

Fonte: elaborada pelo autor.

A pesquisa realizada em uma unidade de saúde vinculada a universidade se mostra um terreno fértil para ofertar alternativas de tratamento aos usuários com diagnóstico de depressão. Contudo, se percebeu relativa apropriação dos profissionais de toda essa potencialidade presente. Chama atenção pelo fato de, na ausência dos serviços da universidade, seja por falta dos acadêmicos ou férias programadas, se tem um hiato na condução e andamento de casos de depressão. Ficando suspenso até o retorno, no semestre letivo seguinte. Importante

achado se deu pela implantação de terapia comunitária por iniciativa de um profissional da UAPS.

A ausência de serviços complementares e integrativos para saúde mental pela prefeitura, destacam-se a ausência do NASF e do matriciamento, evidenciam uma APS marcada por serviços ambulatoriais, médico centrada, em contraponto aos outros serviços da universidade, de onde se tem presente muitos acadêmicos de diversos cursos da saúde. As ações da universidade, mas a pouca conexão ou compreensão do próprio funcionamento pelos profissionais da UAPS, mostra certo distanciamento por parte deles à possibilidade de indicar tal serviço para os usuários.

Pelo seu caráter inédito de aproximação de uma UAPS em uma unidade acadêmica vinculada a universidade, neste tópico, buscou-se relacionar a depressão de maneira para além da biomedicina, buscando uma aproximação da medicação antidepressiva com os recursos disponíveis no local pesquisado.

Com isso se pensou aprofundar no tópico-tema: *Ambiência: Potencialidades e desafios de uma unidade de saúde acadêmica.*

Nas sessões que seguem, iremos abordar cada tópico com a expectativa de explorar a sua compreensão e interpretar com pressupostos da Hermenêutica, assim como relacionar com outros estudos relevantes para a construção de uma discussão que possa ampliar o olhar para o fenômeno apresentado.

## **5.1 Fluxo de atendimento dos pacientes de saúde mental na UAPS**

A presença unânime da demanda de saúde mental, principalmente a depressão, pelos participantes da pesquisa foi um resultado que evidencia a necessidade de olhar e pensar quanto ao fenômeno da saúde mental na APS. Todos os entrevistados mostram certo conhecimento quanto ao assunto depressão, dentre eles, alguns apresentam maior propriedade na percepção e conseguem compreender este fenômeno inclusive dentre os próprios colegas de trabalho.

“Sim, sim. Atualmente nós temos pacientes de todas as idades com depressão. Inclusive, o público que mais vem é, geralmente são os adolescentes.” (Entrevistado 1)

“É frequente, é frequente (os casos de depressão), mas eu, como (categoria profissional do entrevistado), eu não pego muito, não tenho muito esse perfil de paciente.”

(Entrevistado 2)

“Depressão e ansiedade. Ainda hoje já atendi, ontem... Hoje, a gente que tem o mínimo (de) contato com... a gente tem um, dois ou três minutos, eles próprios se revelam que são depressivos e tomam medicação.” (Entrevistado 3)

“E se chega um paciente dizendo que está, eu vou falar no linguajar, né. Enquanto a gente está com melancolia e não, não sente vontade para fazer nada, não tem coragem pra nada aí assim, se eu não entendo, é difícil identificar, né?” (Entrevistado 4)

“Depressão e ansiedade sim, questão do transtorno depressivo, né assim. A gente tenta, né? Classificar o transtorno depressivo do paciente.” (Entrevistado 5)

“Eu acho muito (demanda de depressão), inclusive entre os profissionais.”  
(Entrevistado 6)

A percepção dos profissionais vai na linha com a demanda de saúde mental que tem sido bastante considerável nos dados já apresentados (Who, 2017; IBGE, 2020), e com isso, estabelecer um fluxo de atendimento de determinado local objetiva a organização dos atendimentos e promove a eficácia no serviço ofertado. Lima e Fleck (2011) em estudo quantitativo sobre o acompanhamento de sujeitos com diagnóstico de depressão maior no sul do Brasil, apontam para a dificuldade de reconhecimento destes sintomas e por conta disso estes pacientes deixam de receber tratamentos adequados em unidades de cuidados primários.

Gato *et al.* (2018) mostra em sua pesquisa sobre a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas idosas a correlação do diagnóstico de depressão com a diminuição da qualidade de vida desta população. Estas pesquisas nos ajudam a caracterizar o desafio quanto ao manejo das demandas de saúde mental na APS, sobretudo, no que se trata de demanda espontânea.

Se tratando da APS, recomenda-se que esta funcione com demandas agendadas, mas também com a lógica da demanda espontânea, devido à complexidade dos eventos de saúde (Brasil, 2013).

As equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a

autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono (Brasil, 2013, p. 15).

O que o referido caderno da atenção básica aponta é que a APS deve estar preparada para as diversas demandas, dentre elas, as que estão fora da consulta agendada. Em uma tentativa de colocar a demanda espontânea em prática, um participante aponta que a gestão do município pesquisado orienta que essa atividade seja feita principalmente pelo enfermeiro. Isso acaba por diminuir o tempo destinado dos profissionais para as atividades de acompanhamento enquanto promoção e prevenção dos pacientes acompanhados.

Aqui no Programa Saúde da família Fortaleza foi direcionado ao enfermeiro para atendimento de demanda espontânea e nisso ele tirou 70% dos atendimentos do programa saúde da família, feito pelo enfermeiro. Dos atendimentos do programa saúde da família, feito pelo enfermeiro, está dedicado a atendimento da demanda espontânea. Então, o atendimento do programa saúde da família é apenas 30% do nosso atendimento que está realmente pra essa estratégia Saúde da família (Entrevistado 2).

A demanda espontânea apresentou um caráter de desmobilização da própria ESF, na visão deste profissional, sendo este um dos principais desafios presentes na construção do cuidado em saúde mental. A ação da ESF estaria direcionada as consultas agendadas, compreendendo em sua visão longitudinal da população adstrita e promovendo ações para a superação das demandas de saúde. Contudo, o que se tem ao referir demanda espontânea no município, se mostra como uma ênfase no evento agudo, dificultando um acompanhamento longitudinal, e vai se agravando com a redução de eSF presentes no posto.

Assim é, nós trabalhávamos em outro posto, nós tínhamos 8 equipes saúde da família. Tendo 8 equipes saúde da família, precisa apenas de um profissional enfermeiro e médico para demanda espontânea. Nesse posto de saúde (o atual), nós somos 4 aqui, geralmente ficam 2 pela manhã e 2 pela tarde, certo? Então, à medida que o posto de saúde tem menos (eSF), mais tempo ele está dedicado à demanda espontânea. Aqui nós somos 4 aqui 3 dias por semana. Eu sou da demanda espontânea, apenas em 2 eu sou da atenção. Se um posto de saúde que só tem 2 equipes, esse vai ter menos tempo dedicado ainda para a atenção primária. Então os outros programas da estratégia, como o hiperdia, a saúde da mulher... Eles não são prioridades na questão da quantidade de atendimentos. Eles já até querem que sejam porque vivem pedindo indicadores entre indicador está baixo. Qual é a estratégia? A estratégia seria rever essa atenção primária, entendeu? Porque aqui não é uma UPA, não é um hospital, é um posto de saúde. Mas onde a maioria dos atendimentos são dedicados para a demanda espontânea (Entrevistado 2).

“A priorização das consultas de demanda espontânea, então, são queixas agudas e tudo para a gente querer sair com remédio e ir para casa. Não tem aquela valorização da promoção, né? Consulta eletiva para prevenção...” (Entrevistado 5).

Sob a forma que é direcionado os atendimentos para a demanda espontânea e agendamento da ESF, o caderno de atenção básica, objetiva:

Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos (Brasil, 2013, p. 20).

Norman e Tesser (2015), ao relacionar os desafios de prover acesso e equilibrar no cotidiano dos serviços ações de prevenção de agravos e promoção da saúde com o cuidado ao adoecimento na APS, sobretudo, ao que se refere a demanda espontânea, apresentam e fundamentam algumas diretrizes para a organização do trabalho dos profissionais da ESF, que consiste em uma construção de sinergia de todos os profissionais envolvidos que compõem a eSF, podendo destacar os principais pontos: responsabilização da demanda espontânea à eSF de referência, como forma de promover a vinculação da demanda; orientação do técnico de enfermagem quanto a marcação para demanda excedente; criação de canais de comunicação alternativos com os usuários, como e-mails, blogs, telefone institucional; agenda que promova educação permanente dos profissionais; evitar agendamentos desnecessariamente por motivos burocráticos (extravios/segunda via e renovação de receitas/encaminhamentos), reuniões de equipe para planejamento das ações.

A proposta apresentada pelos autores surge como contraponto ao que vem sendo apresentado por outras pesquisas. Silva *et al.* (2020) mostra que a demanda espontânea, no cotidiano, está voltada para o agendamento de consultas, para o atendimento médico e para o acesso aos exames, em uma assistência ao adoecimento. A média das notas (6,4) atribuída pelos médicos nas práticas do acolhimento demonstra a necessidade de se inserir estratégias para o seu aprimoramento, com incorporação na rotina de atributos como: “trabalho em equipe”, “resolutividade” e “acesso aos serviços de saúde” (Sombra Neto *et al.*, 2022).

Portanto, pelo que vem sendo produzido na literatura é preciso ter manejo das ações para não se ter uma sobrevalorização de uma diante a outra, se soma a dificuldade de gestão da agenda com a priorização da demanda espontânea encontrado na pesquisa.

Aos pacientes de saúde mental ainda se tem maior ênfase de atendimento por demanda espontânea quando relacionados a falta da medicação psicotrópica, pois estes buscam com a medicação solucionar sua demanda sintomática, em uma espécie de cronificação desta demanda, dificultando a reavaliação, enxergando em si a prioridade do atendimento em saúde e apresentando certa resistência na mudança desse panorama do foco na demanda espontânea.

Então, quando eles (pacientes de saúde mental) chegam para buscar o atendimento, eles já chegam dizendo algo... Que vem pegar a medicação ou consulta agendada, ou então vem para a demanda espontânea. Aí já causa um certo desconforto, porque a demanda espontânea não era para isso... Aí a gente, vai ter que explicar pra ele que

essa demanda espontânea, ela (a demanda espontânea) não é o local apropriado para ele, e que ele teria que agendar essa consulta para o médico. Mas a princípio, quando eles vêm, já vem sem medicação. Mas já causa o conflito (Entrevistado 3).

A visão deste profissional carrega a coerência da percepção do que se trata a demanda espontânea, contudo, para outra profissional, a conduta de prioridade favorece em não estressar os pacientes, fazendo com que não se irrite, buscando o manejo da situação principalmente na não negativa da demanda apresentada por eles:

Pronto, aqui na nossa unidade, nós temos muitos pacientes que precisam de acompanhamento da saúde mental. Nós temos pacientes (de saúde mental) tão críticos que às vezes acabam sendo agressivos com a gente. Não. Nunca aconteceu de ser fisicamente, mas verbalmente, sim. E aí a gente acaba tendo aquele cuidado na abordagem, né? Porque tudo estressa eles. Tudo é motivo para eles acharem que a gente não quer ofertar o serviço. Não é? E a gente acaba tendo bastante cuidado porque, como nós não temos preparo para tratar também com o paciente assim, então a gente vai pelo caminho mais fácil que a gente pode. Quer tentar uma abordagem mais delicada. É tentar não estressar, fazer às vezes até o que eles querem sem ser o que está dentro do cronograma. Já pra eles não ficarem estressados (Entrevistado 1).

Segundo este profissional, se busca não voltar o paciente sem o atendimento dele, ainda que seja incompleto ou busque minimamente uma resposta para o que ele apresenta. Na prática, isso mostra uma tentativa do profissional de sanar a demanda do paciente, compreendendo as limitações do serviço ou exigência de maior aparato tecnológico para a solução. Por outro lado, também nos faz pensar sobre a visão de sofrimento psíquico e a ideia de agressividade presente no discurso que acompanhou os “doentes mentais” ao longo da história. Basta se apresentarem como pessoa com transtorno mental para terem agendamento diferenciado dos demais.

“Isso é tanto que eles são, não pegam ficha no dia da marcação, que a gente ainda existe o dia da marcação. É só o paciente chegar aqui ou familiar, diz que tem um transtorno mental. Às vezes, eles próprio trazem laudo médico e a gente acaba agendando” (Entrevistado 1).

A realidade de grande ênfase na demanda espontânea nesta unidade de saúde, faz com que o acompanhamento agendado fique defasado, que por sua vez, faz com que a primeira tenha maior evidência que a segunda. Que ainda assim, se mostra insuficiente na resposta a demanda de saúde mental:

“É, a gente termina tendo que... não tem esse, apesar de teoricamente ter agenda, aqueles horários, agendas para a saúde mental, mas a demanda é enorme, então a gente também não dá conta de tudo. É uma problemática muito grande.” (Entrevistado 5)

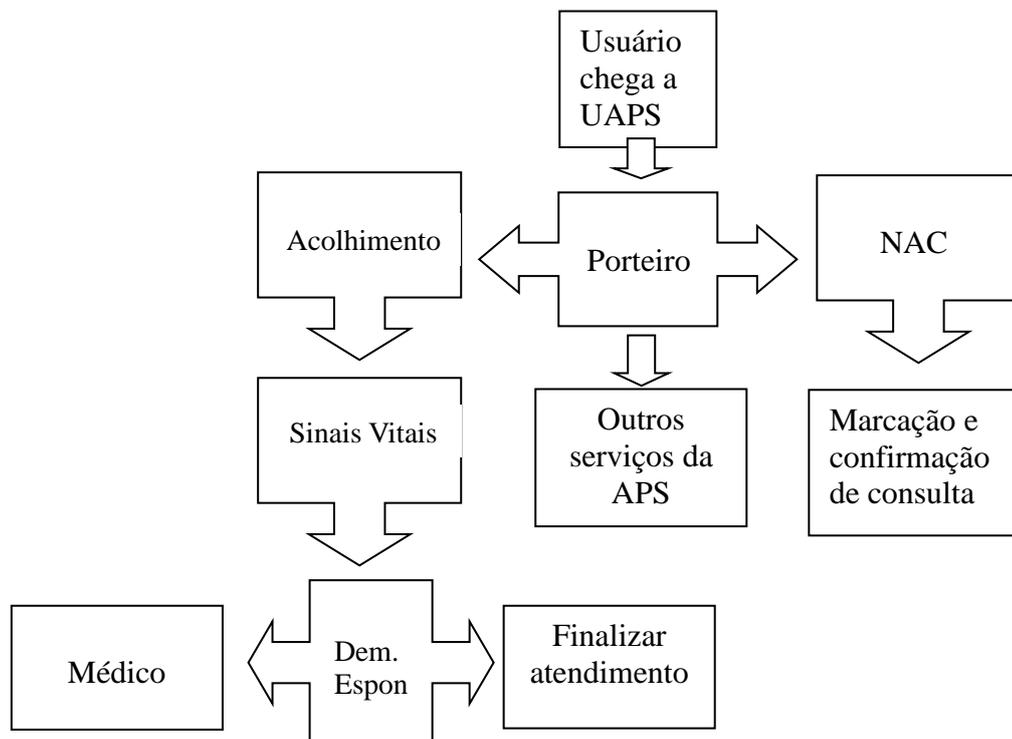
É um número assim bem reduzido, mas o nosso número realmente é reduzido na estratégia de saúde da família, porque a maioria dos profissionais, todos dedicam mais tempo à demanda espontânea do que para a saúde da família. Então, se o médico teria como atender 10 pacientes. Sim, paciente, saúde mental é 10 por semana. Ele atende de 15 em 15 dias, apenas 5 pacientes. Porque a maioria do tempo dele é para demanda espontânea. Aí o paciente que não consegue caminhar. Agendamento nos dias definidos já para saúde mental, ele vem pesar demanda espontânea. [Entrevistado 2]

Embora se tenha a priorização de pacientes de saúde mental, ora por insistência deles, ora pelo manejo do profissional, ainda apareceu em nossa pesquisa um participante que não faz distinção para os atendimentos de pacientes de saúde mental para outros pacientes, excetuando-se pelas crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista).

“No atendimento daqui, não há diferenciação. Às vezes a gente dá prioridade, inclusive, principalmente quando é criança, né, autista. Aí, assim, a diferenciação é só essa, de dar prioridade.” (Entrevistado 6).

Para que se compreenda o fluxo de atendimento da referida unidade, produzimos um fluxo a partir da observação e conversas nas visitas da UAPS representada pela figura 2.

Figura 2 – Fluxo de atendimento UAPS CDFAM



Fonte: Elaborada pelo autor.

Já o fluxo da odontologia é concentrado principalmente em dias de marcação de consultas, sendo priorizado estas consultas eletivas, e eventualmente em atendimento de demanda espontânea, com procedimentos mais simples. O acolhimento na odontologia também é realizado por profissional de odontologia, o auxiliar de saúde bucal (ASB), sendo caracterizado como se fosse uma recepção para compreender a demanda que o usuário apresenta. O local fica em um compartimento anterior a sala de procedimentos odontológicos, promove certa privacidade, pois fica como ligação entre a parte de fora do corredor do bloco e a sala de procedimentos.

Por outro lado, o acolhimento no primeiro fluxo, se trata de um espaço aberto a esquerda do NAC, assim que entra no bloco 1. Um local de livre acesso, onde as pessoas se sentam e aguardam serem chamadas, parecido com uma sala de espera, só que com uma mesa que separa os usuários do profissional do acolhimento, geralmente um técnico de enfermagem.

“Então quando eles chegam para buscar o atendimento... A princípio, o acolhimento não é tão acolhido porque se trata de um acolhimento aberto. Às vezes eles ficam muito... É... Em desacordo para falar aquilo que sentem, né? Um ambiente aberto fica difícil (de acolher).” (Entrevistado 3).

Outro profissional, ao se referir aos atendimentos de saúde mental, destaca a necessidade de um acolhimento, tendo como foco a escuta, mas também o tempo necessário para a demanda, que ultrapassa a concepção de momento de acolhimento presente no fluxo. Para este profissional, o acolhimento perpassa todos os profissionais no contato com o usuário, mas se encontra inviável pela própria dinâmica do serviço.

Deixa eu falar primeiro o que seria o correto. Como seria na prática o correto. Assim passa, passa de saúde mental, né? Ele (o usuário) tem uma queixa psíquica, uma queixa, um sofrimento psíquico que ele tinha que ser acolhido, né? Tinha que ter uma um canto específico que eles fossem acolhidos aí para conversar e tudo. Passar pela equipe multiprofissional, enfermeiro, próprio pessoal ali do acolhimento, passar pela consulta médica. Em média, (seria) uma consulta de trinta minutos a uma hora e tudo. Mas, na prática devido, assim, a exigência dos horários, da demanda que é enorme, a gente termina tendo pouquíssimo tempo para abordar essas questões (Entrevistado 5).

Quando se responde a uma lógica quantitativa de produção, se corre o risco cada vez mais de que a dinâmica do acolher com responsividade e escuta para a demanda individual fique distante ou incompleta na prática diária. A pressão por produtividade, a sobrecarga no trabalho e o sentimento de não qualificação dos profissionais generalistas no atendimento às pessoas com transtornos mentais são fatores que dificultam a ESF realizar atendimento integral as demandas de saúde mental (Hirdes; Scarparo, 2015). A dificuldade com o acolhimento para a demanda de saúde mental influencia na administração da medicação para um participante.

“Os médicos, os psiquiatras não querem escutar o paciente. O paciente chega chorando no consultório, aquele choro pode ser fome, aquele choro pode ser desemprego. Aquele choro pode ser é... dificuldade de relacionamento de família. Tome. Tome, tome. [a medicação]. (Entrevistado 3).

A dinâmica do querer, apontado por este entrevistado, precisa ser reconsiderada devido a lógica produtivista e quantitativa presente na dinâmica do serviço, o que não invalida o enfoque medicamentoso apontado por ele. Diante disso, os discursos dos entrevistados 3 e 5 evidenciam uma realidade bastante desafiadora para o cuidado em saúde mental que contemple uma escuta acolhedora e favoreçam um apoio aos usuários.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”) (Brasil, 2013, p. 19). O acolhimento, ultrapassa assim a dimensão do momento de demanda espontânea, para a prática de cuidado geral: acolhimento no contato com o usuário, seja uma consulta agendada ou não. Chama-se atenção para que este acolhimento não seja confundido como triagem, para tanto, os profissionais precisariam ter apoio estrutural das condições de trabalho, com agenda que favoreça a maleabilidade da demanda do usuário e empoderamento dos profissionais através de capacitação adequada para o cuidado em saúde mental, bem como a visão de que valorize o usuário do serviço em seu cuidado.

Com alguma frequência, vê-se o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduzir a uma triagem para o atendimento médico. E, quando a consulta médica é a principal (ou única) oferta de cuidado de uma unidade, esse risco transforma-se praticamente numa certeza. Sendo assim, se um dos efeitos e condições do acolhimento da demanda espontânea é a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, isso tem que ser objeto de traduções concretas no cotidiano da unidade de saúde. A ampliação da capacidade clínica da equipe deve ser perseguida não apenas para estratificar os riscos (o que é fundamental) ou para realizar intervenções imediatas, ou seja, não deve se limitar ao momento do acolhimento inicial nem a respostas do tipo queixa-conduta. É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada (Brasil, 2013 p. 39).

Embora grande parte da demanda de depressão fosse referenciada ao médico, foi percebido ações não protocolares que favoreciam o acolhimento no atendimento aos usuários por parte dos profissionais não-médicos, produzindo formas únicas de atender pessoas com diagnóstico depressivo, sobretudo, pelo vínculo.

“Tentar fazer com que o paciente com transtorno mental depressivo seja assistido de uma forma mais perto. É tipo uma política nossa, sem existir de nenhum lugar. Apenas foi nossa equipe que acabou se organizando dessa maneira” (Entrevistado 1).

“No retorno deles, a gente, a gente questiona: e aí, está tudo bem? Melhorou, vê o resultado? Tá tomando medicação ou não tá tomando? Falou com o médico, falou, é, já teve os encaminhamentos, é... já deram algum resultado? A gente questiona. A gente pergunta, a gente interage com eles” (Entrevistado 3).

É possível perceber que mesmo em uma lógica quantitativa de atendimento da demanda de saúde mental, ainda se encontram resistências no modo de atender que favoreça a construção de vínculo. Achado importante, que embora não seja uma intervenção direta na demanda apresentada ou uma prática replicada por muitos profissionais, demonstra interesse e responsabilização por parte do profissional de saúde a demanda do usuário. Sobre esta prática, Franco e Merhy (2008) denominam como trabalho vivo. Sobre os desafios e conquistas quanto ao tratamento de saúde mental na referida unidade serão mais bem abordados na sessão que seguir.

## **5.2 Desafios da terapêutica para a depressão de enfoque não medicamentoso ofertado aos usuários da UAPS**

Com um fluxo estabelecido a partir de grande ênfase na demanda espontânea, os pacientes passam a seguir este caminho como a solução para a demanda que apresentam. No que se trata aos pacientes de saúde mental, um entrevistado é categórico em afirmar a principal intenção deles em vir para o posto de saúde e do desafio em atender de maneira a mudar o foco da exclusividade da intervenção medicamentosa.

*Pacientes que são voltados muito para a questão do uso de medicação controlada. Eles já tomam essa medicação há um bom tempo, não é? E no caso, eles querem só dar continuidade ao tratamento, na sua grande maioria. É muito. Em diversas situações são oferecidas outras alternativas, mas a grande maioria quer permanecer sempre na questão da medicação, acha que ali é que tá sobrevivendo dele (Entrevistado 3).*

A cronificação, na fala deste participante, é o principal apontamento quanto a busca e o uso de medicamento que alguns usuários podem estar vivendo. Filardi *et al.* (2021) em estudo qualitativo sobre as práticas dos médicos da APS em demandas de saúde mental identificou que o medicamento ajuda a suportar a dor, a administrar o espaço, os conflitos nas relações pessoais e no trabalho, a enfrentar as dificuldades da realidade cotidiana, além de possibilitar a ocupação de um lugar mais pragmático no mundo, diante da necessidade de continuar e preservar a existência. Assume, portanto, um caráter central e principal meio de intervenção dos médicos (Luz, 2019). Este mesmo participante chama a atenção para o fato de

pouco se falar sobre os efeitos adversos da medicação antidepressiva, fato único surgido nos achados da pesquisa.

“Agora entrou na ocasião que muitos homens, também jovens, que tornam essa medicação (antidepressiva) e não sabe por que que estão perdendo também o apetite sexual. Isso não é explicado pra ele na hora (de receitar)” (Entrevistado 3).

Além de efeitos colaterais dos antidepressivos apontado pelo participante 3, Bandeira *et al.* (2018) em estudo que objetivou avaliar a repercussão do uso de antidepressivos sobre os componentes da fragilidade, identificou-se maior risco de fragilidade entre idosos em uso de antidepressivos tricíclicos e antidepressivos potencialmente inapropriados para idosos.

Com isso, atender paciente de saúde mental quando já apresentam grande foco construído na medicação tem sido um dos principais desafios apresentados para outro entrevistado. Ele vai além e assinala sobre a própria visão que os outros têm de saúde mental, em uma percepção que dificulta o tratamento para os usuários do serviço.

Aqui no serviço aqui, especificamente no CDFAM, a gente tem uma demanda muito reprimida, né? Porque o pessoal tem uma visão de saúde mental muito deturpada. Que saúde mental é coisa de doido. Que quem toma remédio controlado é doido e tudo e, principalmente, voltado para a questão da medicação, né. Inclusive, puxando assim pra sua área, o pessoal não quer tratar, fazer terapia, acompanhamento psicológico. E não vê muito essa ideia, assim, de fazer um tratamento contínuo. Quer um remédio que cure tudo. Resolva todos os problemas e ao mesmo tempo não quer esse rótulo, essa taxação de ser doido entre aspas, vamos dizer assim, né? Então tem esse tabu muito grande, então (Entrevistado 5).

Esse profissional explica que para além da busca pela medicação, acredita-se que existe uma dificuldade de aceitação dos usuários de outras formas de tratamento que completem à terapêutica medicamentosa, existindo dificuldade de inserção de outras terapêuticas para o atendimento de saúde mental. Essa necessidade de percepção do sofrimento mental ou do próprio diagnóstico é fator condicionante para a eficiência do tratamento em saúde mental para outro entrevistado, sobretudo, aos familiares que acompanham os usuários do serviço.

*Até mesmo sabe, por questão de não entender, não é? Às vezes, alguns deles lá, acham que é frescura, não é? E assim, não. Nem culpo, porque assim, se você não entende de algo e aí, junta também a questão da falta de entendimento com também a ignorância, né? A isso atrapalham também o tratamento do paciente (Entrevistado 4).*

A resistência quanto a outras formas de tratamento pelos usuários, a busca incessante da renovação de receita, a conversa aberta dos efeitos desejados e colaterais dos antidepressivos, bem como a pouca compreensão de familiares para o acompanhamento dos usuários com transtorno depressivo, evidenciam um ciclo que valoriza o uso da medicação em detrimento de práticas não medicamentosas, seja por não assimilar as outras propostas ou buscar

respostas rápidas. Essa discussão se soma ao tempo restrito e grande demanda juntamente a necessidade de responder a lógica quantitativa de produção no cuidado, ficando o fator tempo contrário a intervenção completa que contemple tudo que envolve o encontro profissional com o usuário.

De fato, nós vivemos em um momento histórico marcado pela rapidez de informações e impulsos, o que nos faz correr para solucionar as demandas, levando-nos ao excesso de positividade (Han, 2015). Desta forma, indicar uma proposta de tratamento complexo, que envolve vários atores, vai na via contrária da própria sociedade, fazendo com que os tratamentos em saúde mental apresentem incompletudes e necessitando de reiteradas consultas médicas, em busca de procedimentos que o resolvam.

O cenário de tentativa de solução rápida se soma a fragilidade da política pública na oferta de serviços complementares como o NASF e o matriciamento em saúde mental. *Não, aqui não tem o NASF* – Adverte o Entrevistado 3. A ausência de tais serviços no campo pesquisado fortalece o pensamento biologizante do tratamento e concentram sob a responsabilidade do médico clínico geral o manejo e direcionamento das demandas de saúde mental.

Ao relatar as experiências com o matriciamento de saúde mental, um entrevistado ressalta o caráter de importância, mas a descontinuidade do serviço pela prefeitura abriu espaço para a universidade assumir o matriciamento, só que em vez de ser com uma equipe multiprofissional, passou a ser com a presença uniprofissional para a condução dos casos de saúde mental, no caso, a psiquiatria.

Aqui no posto a gente teve duas experiências com o matriciamento. Antes eram matriciamento do CAPS geral que acontecia todo mês. Aí era um agendamento mais por demanda. Aí a gente selecionava alguns casos específicos aí vinham os profissionais do CAPS geral: psiquiatra, geralmente era o doutor Yuner. aí vinha psicólogo, terapeuta ocupacional, via enfermeira do CAPS. A gente discutia com eles, tinha um horário específico pra gente discutir com eles, tirar dúvidas e tudo. Aí agora, no momento não está tendo mais esse matriciamento do CAPS geral, aí tem agora o matriciamento com o serviço de psiquiatria da UFC. Aí agora, toda semana faz um rodízio de equipes, né? Aqui são 4 equipes (Entrevistado 5).

Novamente se volta ao saber psiquiátrico para a produção de cuidado em saúde mental, o que torna a intervenção medicamentosa uma das principais estratégias. Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINE *et al.*, 2011, p. 13). Propõe um novo modo de organização da saúde, com a estruturação de novos processos de trabalho que envolvam diferentes equipes no cuidado

aos sujeitos, numa perspectiva de corresponsabilização dos casos, integrando diferentes especialidades e níveis de cuidado (FAGUNDES; CAMPOS; FORTES 2021).

Quanto a participação da estratégia de matriciamento aos demais entrevistados, embora houvesse entendimento mais simples da finalidade por eles, a estratégia tende a não ter muita adesão por parte dos profissionais, seja por não ser obrigatório, por não saber corretamente quando ocorre os encontros ou por pensar que se trata de uma ação obrigatória do médico, eximindo os outros profissionais das intervenções de cuidado.

“Tem o matriciamento! Eu não sei se teve (o matriciamento hoje). Como geralmente é à tarde, eu não sei se teve. Eu também estava de férias, mas eu nunca participei da (reunião de matriciamento) minha equipe não” (Entrevistado 2).

“E aí é feito o Matriciamento. Esse matriciamento é feito, se não falhe a memória, parece que é uma vez no mês ou a cada 15 dias. Eu não tenho é a regularidade. Eu nunca fui chamado para participar deste matriciamento, né?” (Entrevistado 3).

“Eu não participo porque não é obrigado a gente participar, né? Mas ocorreu aqui que quando o matriciamento é para a gente participar, mas não participo, não participo. Geralmente matriciamento são à tarde. Mas você tem pela manhã também, mas eu nunca participo. Eu participava quando eu estava no outro posto, mas nesse aqui eu não participo do matriciamento, mas eu sei como funciona” (Entrevistado 4).

“Tem o matriciamento, né? É de saúde mental, existe, mas normalmente (a categoria profissional) não faz parte” (Entrevistado 6).

A mensagem que se passa com a não participação de profissionais que compõem a ESF do matriciamento é de que: saúde mental quem cuida é o médico. Claro, quando se coloca que cuidar da saúde mental é responsabilidade do médico, logicamente todo o profissional não-médico fica distante de um cuidado em saúde mental. Santos *et al* (2019) em estudo do levantamento das dispensações de psicotrópicos à população, realizadas na Farmácia Central do município de Congonhas, em Minas Gerais, constatou que o profissional da saúde que mais prescreveu os medicamentos psicotrópicos foi o clínico geral (63,45%) e estando os antidepressivos como os medicamentos mais dispensados.

A interpretação que se faz pelas entrevistas realizadas é do quanto o não engajamento de profissionais não-médico ao cuidado das pessoas com depressão parte de uma lógica que enfatiza os cuidados médicos, gerando uma desresponsabilização por parte deles. Alguns participantes da pesquisa se eximiam deste cuidado ou participação do matriciamento,

por exemplo, por desconhecimento do que poderiam fazer, além da intervenção medicamentosa que já era “obrigação” do médico.

Esta dificuldade fortalece, mais uma vez, uma lógica biologizante e medicalizadora, que embora seja percebido a incompletude da terapêutica quando relacionado somente ao tratamento medicamentoso, pouco movimento se faz de outras categorias profissionais para mudar esta cena. Referindo-se à atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), faz-se patente importante lacuna quanto à incapacidade das equipes em atender adequadamente às necessidades de saúde mental da população de seus territórios (Onofri Junior; Martins, Marin, 2016). Como um ciclo vicioso que se completa, o não engajamento da eSF com a centralidade do cuidado no médico, favorecem este achado da pesquisa. Portanto, não se trata de uma ordem a ser seguida, mas de uma estrutura que se têm formado há um tempo e ainda se mostra sólido.

Por conta que a busca pelo viés medicamentoso chegar em grande parte pelos atendimentos de demanda espontânea, um diálogo aprofundado entre o usuário e o profissional – visto o pouco tempo e a grande demanda existente, dificulta ainda mais em uma forma de cuidado que seja contrária a lógica puramente da renovação de receita.

E os pacientes de saúde mental que chegam na demanda espontânea, eles só querem a receita porque ele não quis vim agendar, certo? Ele não quis participar do acompanhamento, apenas a receita dele acabou e ele chega aqui, certo? E quer renovar a receita e essa foi uma definição que foi criada por eles e outros pacientes que não são da saúde mental, que é a palavra: renovação de receita. Então o paciente de saúde mental que chega para mim (da categoria profissional da entrevistada), ele quer apenas que seja agendada a consulta do médico (Entrevistado 2).

A fala do profissional em afirmar que falta comprometimento por parte dos usuários, parece demonstrar insatisfação ou cansaço em ir de encontro a demanda urgente do paciente, fazendo com que o profissional simplesmente “siga o fluxo” e encaminhe o paciente ao médico. Esta visão de não ter o que fazer diante a demanda de saúde mental, a não ser encaminhar para o médico, foi demonstrado por outros profissionais.

“É, a gente não participa muito da questão (do atendimento) de saúde mental dos médicos. Do nosso próprio médico, da nossa equipe, a gente não consegue ter 100% esse acompanhamento” (Entrevistado 1).

“Resumindo, a saúde mental dos pacientes se resume em consultas com o médico. Na intenção de necessita de encaminhamento ou de uma receita” (Entrevistado 2).

“É, fazer algo por eles, a única coisa que eu faço... o que eu posso falar ou fazer é pedir para ir, pra vir até aqui (na UAPS) e fazer um agendamento com o médico” (Entrevistado 4).

“A gente não acompanha (demanda de saúde mental), né? Muitos os casos de (saúde mental), é como estou te dizendo, a gente não... a gente não aprofunda muito nesses casos. A gente faz realmente assim: a partir de médico geral, não é? E se tiver ok, fazer o tratamento [da categoria profissional entrevistada]” (Entrevistado 6).

Em estudo que se buscou caracterizar os motivos de consultas médicas na APS, foi identificado que foram prescritas 1.385 condutas, sendo 982 (70,9%) prescrições de medicamentos, 293 (21,2%) solicitações de exames complementares e 110 (7,9%) encaminhamentos para outros serviços de saúde (Onofre Junior; Martins; Marin, 2016).

Compreender como começou a lógica da renovação de receita é um desafio constante nessa UAPS. Para compreender como se estabelece uma demanda em um serviço de saúde vamos até Franco e Merhy (2005). Estes autores apontam três motivos para os usuários buscarem os serviços de saúde com base no imaginário da demanda, o que vai implicando nos processos de trabalho dos profissionais em um ciclo que quanto mais claro for o seu funcionamento mais possível se torna a sua modificação para uma prática de saúde integral e que não os sobrecarregue: 1) ninguém demanda o que sabe que não pode ser obtido no serviço; 2) a não autonomia dos usuários em responder suas demandas favorece a dependência dos serviços de saúde na lógica dos procedimentos disponíveis; 3) a associação de procedimentos com a satisfação de necessidades dos usuário do serviço implica em uma construção imaginária, inventada.

De acordo com o pensamento levantado por Franco e Merhy (2005), podemos exemplificar no cenário identificado na pesquisa em que a lógica de cuidado vindo pela demanda espontânea produz usuários que reivindicam o principal procedimento: o medicamentoso; que por sua vez não os torna sujeitos ativos do seu processo de cuidado, e por fim, não encerra este ciclo com outras formas de participação dos profissionais, fortalecendo e ao mesmo tempo sobrecarregando a atuação do médico.

Este cenário favorece por vezes uma cronificação dos usuários de saúde mental na lógica medicamentosa. Este fenômeno se complexifica ainda mais quando associado ao próprio imaginário de pessoas em sofrimento mental, em uma lógica aprisionante e muitas vezes que os torna crônico na demanda. Embora grande ênfase na medicação tenha sido captada nos discursos, ainda ocorreu um pensamento contrário ao próprio uso da medicação por parte dos usuários, uma resistência de acordo com uma participante, que na visão dela prejudica o tratamento.

Eu percebo que apesar de ter pessoas que têm rejeição, né, do medicamento... porque ainda tem aquele estigma de dizer que ‘Ah, não vou tomar esse remédio, não’. ‘Não, que eu não sou nem doido, né?’ Eles ainda associam, alguns, né? Associa que tomar medicamento é porque tem algum problema mental, mas assim: é uma depressão e até mesmo uma ansiedade, né? Eles acham que vão tomar é porque é doido, mas eu

percebo que realmente eles têm quem tomar, quem adere realmente ao tratamento, tem a melhora sim (Entrevistado 4).

A mudança desse contexto de foco no medicamento se soma principalmente pela fragilidade da oferta de capacitação e cursos relacionado a saúde mental aos demais profissionais que compõe a ESF.

“Na verdade, eu acredito que precisaria ter cursos (de saúde mental) sim para todos. Não, aqui existe curso da prefeitura, mas voltado geralmente para um enfermeiro, para um médico” (Entrevistado 1).

Para reunir esses pacientes, para realizar uma terapia, para ver quais são as dificuldades dele, se estão tomando a medicação correta, se eles estão tendo alguma dificuldade no uso da medicação e tal, mas para fazer isso, eu hoje digo que eu precisaria ter um curso, um curso, uma atualização, alguma coisa assim. Com essa evolução, só o que eu trago de formação acadêmica hoje, eu não me vejo mais assim habilitada para realizar (Entrevistado 2).

“Contratação de profissionais, né? Da área e capacitação dos profissionais” (Entrevistado 6).

Os discursos dos entrevistados 1, 2 e 6 evidencia uma dificuldade para lidar com demandas de saúde mental devido o despreparo, e atribuem a prefeitura a necessidade de ofertar tal capacitação, contudo, isto também denota um caminho possível para o fazer nas demandas de saúde mental para cada profissional de categoria diferente do médico. Contudo, se chama a atenção do papel importante que se tem com o matriciamento, mas pouco aderido por estes profissionais. Verificou-se que as ações de matriciamento ainda estão sendo implementadas de maneira insuficientes nas diferentes unidades do SUS (Fagundes; Campos; Fortes, 2021).

Isso se mostra como um grande desafio para mudar o foco medicamentoso, evidenciando o *status quo* de quem é o cuidador da saúde mental, no caso o médico. Entre todos os profissionais entrevistados somente um estava realizando um curso na área da saúde mental no momento das visitas de campo. Este curso era exclusivo da categoria profissional do entrevistado.

“Atualmente eu estou fazendo até um curso do CAPS, que está sendo promovido pelo CAPS e é aqui no posto de saúde. Muito bom” (Entrevistado 4).

Este curso consistia em apresentar informações pertinentes a saúde mental e funcionamento do CAPS.

Porque o curso ele está muito assim mesclado, porque tem a parte das informações que a gente não sabia do funcionamento do CAPS, da demanda e também traz algumas questões assim, do paciente, como um paciente está sentindo e tem como ver. Já veio psiquiatra também, tem psiquiatra. Ajuda muito, né? Porque ele vai falando também umas questões sobre o medicamento, o efeito dos medicamentos é muito bom, muito mesmo, é excelente (Entrevistado 4).

Ainda que o discurso do medicamento estivesse fazendo parte deste profissional e de outros diálogos, foi percebido algumas falas que enfatizavam o caráter de complementaridade do medicamento para que outros aspectos não medicamentosos tivesse em relação ao tratamento de saúde mental, e aqui se abre um importante achado e potente caminho de possibilidade ao tratamento presente na unidade.

Que eles (os usuários) fazem a conciliação do medicamento e essas práticas utilizadas, então eles dizem muito na área que tem melhorado muito. Eu vejo que não é só o medicamento, nem só a práticas integrativas. Eu vejo que é a junção. É tanto que é... tem pessoas da comunidade que mesmo tomando o medicamento ficava com o quadro depressivo. Aí quando veio fazer as atividades teve uma melhora significativa. [Entrevistado 4]

“Nós não somos contrários a medicação. Nós somos um parceiro da medicação. Eu jamais posso dizer para o paciente que ele deixe de tomar uma medicação, mas o que é que nós observamos?” (Entrevistado 3).

É, [os usuários] fazem um acompanhamento como até tinha dito: os que fazem direitinho o uso da medicação e tem o acompanhamento psicológico tem a terapêutica completa. Tem os que fazem só a medicação, tem a terapêutica incompleta, pela classificação mesmo. Os casos, os casos leves aos graves, com sintomas psicóticos todos têm que ter a terapia psicológica. E quando a gente fala só em tratamento medicamentoso, se está falando de terapêutica incompleta. Mas os que conseguem fazer a terapia, completa ele (Entrevistado 5).

Para a completude de uma terapêutica apontada pelo entrevistado 5, seria necessário a presença do profissional de psicologia com a atuação em psicoterapia, o que com sua ausência no serviço, favorece uma incompletude da terapêutica ou fica o usuário necessitando acionar outros níveis de atenção.

Embora a saúde mental não tenha um programa específico, como a hipertensão e o diabetes ou saúde da mulher, ela deve ser um eixo norteador da APS, visto que é aqui que se insere o componente importante da RAPS. Sobre o acionamento de outros pontos da rede de saúde mental do município e a intercessão com este equipamento, alguns entrevistados relataram a dificuldade quanto a ida de usuários da APS para o CAPS.

É, é portas abertas, né, o CAPS. E lá, portas abertas, entre aspas, porque só se for em caso muito grave, porque se chega uma pessoa que está sem dormir, está para mim depressivo, fica lá na listinha de espera para Deus dar, para sair. Talvez nunca saia, né? Porque eles têm as prioridades (Entrevistado 4).

“Esse negócio que quem cuida nessa área (saúde mental), é a partir do médico, é um enfermeiro... Até porque assim, muitos também são encaminhados. Por caps, mas não conseguem, né? A parte de saúde mental de Fortaleza, eu acho muito, deixa muito a desejar” (Entrevistado 6).

Que (uma usuária) já tinha sido encaminhada para o caps, mas pela questão de as vezes falta de profissionais no CAPS, a gente terminou tendo que conduzir aqui. E é uma paciente que ela tinha, tinha não, ela ainda tem, mas melhorou bastante, mas ela ainda tem uma dependência muito grande ao uso de benzodiazepínico. Por causa disso, eu tive que conduzir praticamente ela. Ela, na atenção primária mesmo, apesar dela ser uma paciente com indicação de terapia com profissional especialista (Entrevistado 5).

“Que é esse encaminhamento para o CAPS... Não é nem a questão do encaminhamento, mas a Fila de espera por atendimento” (Entrevistado 2).

Sampaio e Bispo Junior (2021), em estudo avaliativo quanto a RAPS e a estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental, evidenciaram que, apesar do cenário de expansão da RAPS, os serviços se mostraram insuficientes em face da demanda, com dificuldades de acesso dos usuários. Maia *et al.* (2021) em um levantamento quanto a distribuição espacial da estrutura e dos recursos humanos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, evidenciou que existem vazios assistenciais na Rede de Atenção Psicossocial na região Norte do Brasil, com maior concentração de serviços e de profissionais nas regiões Sul e Sudeste.

Se a atenção secundária apresenta dificuldade de acesso por conta da alta demanda, de acordo com os profissionais entrevistados, voltamos para a APS com os seus mecanismos de ações construídos. Percebeu-se grande potencialidade para a demanda de saúde mental com a prática da terapia comunitária facilitada por um entrevistado da pesquisa que havia feito o curso anteriormente.

“É, depois que a gente iniciou a terapia comunitária em março (de 2023), a gente já tem recebido algum, alguns, alguns pacientes (sendo) encaminhados pelos médicos e pelas próprias enfermeiras” (Entrevistado 3).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) foi criada em 1987 pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, psiquiatra e antropólogo e inicialmente desenvolvida pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina do Ceará (Zen Igeski *et al.*, 2020). A TCI compõe uma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) disponíveis no SUS. A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática de intervenção coletiva que visa criar e fortalecer os laços sociais, aproveitando os recursos da própria comunidade para criar soluções para as dificuldades e construindo um espaço de acolhimento que favorece a troca de experiências entre as pessoas (Brasil, 2017).

Ainda que a TCI não substitua outras terapêuticas para a demanda de depressão, ela chega como complemento ao que já vem sendo feito principalmente pelo médico. Contudo, o

mesmo entrevistado é enfático em apontar o processo lento da TCI, da dificuldade de aceitação pelos usuários e da indicação dos outros profissionais, sobretudo, médicos e enfermeiros para a sua boa efetivação.

É porque é um processo lento também. É um processo de aceitação, não é? Quando o médico enfermeiro fala: você quer ir para a terapia? Diz pra ele [usuário], já é um algo novo para eles, mas já gera dúvidas, já gera desconfiança, né? Porque muitos não querem relatar aquilo que está sentindo no grupo. Aí já gera um certo desconforto também, né? Aí é uma questão também de fazer com que a importância da terapia seja ressaltada. É um [processo] de médio a longo prazo. Também não é assim [tão rápido]. (Entrevistado 3).

Portanto, enquanto se evidencia o caráter dos medicamentos nos tratamentos de saúde mental em cursos ou na centralidade da intervenção do médico, não foi percebido uma movimentação coletiva por parte dos profissionais no geral para mudar esse cenário, exceto pelo entrevistado 3. Propostas singulares como a TCI vão adquirindo forma, mas ainda parece bastante tímido diante tantos desafios recorrentes ao tratamento de saúde mental no âmbito da atenção primária encontrado na pesquisa, a saber: pouca ou ausência de capacitação para demandas de saúde mental, ausência de equipe de apoio matricial, dificuldade de articulação com a RAPS, coparticipação por parte de outros membros da ESF e centralidade na figura do médico.

Estes achados se assemelham aos da pesquisa de Gama *et al.* (2021), onde foi identificado que os profissionais que compõe a ESF não possuíam instrumentos ou estratégias para quantificar e organizar a demanda em SM; as ações de capacitação em SM eram insuficientes e identificam problemas na organização e articulação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que prejudicavam a continuidade do cuidado em SM.

### **5.3 Ambiência: potencialidades e desafios de uma unidade de saúde acadêmica**

O ambiente de um posto de saúde é marcado por um espaço de encontro de variados atores, sejam eles os usuários ou os trabalhadores. Compreender a dinâmica que se dá neste local favorece a apreensão dos sentidos presentes nas falas das pessoas. Como venho de uma experiência enquanto profissional que atuou em outro posto de saúde, foi, para mim, espontâneo fazer algumas interpretações sobre o andamento do serviço, com algumas semelhanças e diferenças.

Chama a atenção a distribuição dos consultórios nesta unidade. No bloco 1 se encontra os consultórios médicos, de enfermagem e o NAC, enquanto no bloco 3 fica o consultório odontológico. Ainda que não sejam distante um bloco para o outro (separados por

cerca de trinta ou quarenta passos), a impressão que se tem é que são serviços distintos: de um lado tem o posto de saúde e do outro as consultas de odontologia. O próprio fluxo de ambas é diferente, a odontologia com o dia da marcação no mês enquanto o restante do serviço da APS segue o fluxo já apresentado na primeira sessão, fato semelhante a experiência passada no posto de saúde.

Soma-se ao fato de que as consultas odontológicas se dividem, no mesmo espaço, entre os atendimentos da ESF ao dos acadêmicos e professores de odontologia, o que este fato pode gerar confusão quanto a apreensão da atuação de cada equipamento (APS e CDFAM) pelos usuários.

Contudo, a percepção de grande parte dos participantes da pesquisa aponta os benefícios da aproximação entre universidade e APS, sobretudo, no aspecto de integralidade. Grande parte dos participantes da pesquisa, todos vinculados a prefeitura, foram enfáticos em apontar os acréscimos de trabalhar em uma unidade de saúde vinculada a universidade, sobretudo, quanto ao tratamento para as pessoas com diagnóstico de depressão. Entretanto, chamou a atenção para a falta de apropriação das informações quanto aos serviços que são ofertados pela universidade.

“E como aqui, nossa unidade é uma unidade diferenciada por conta do serviço da UFC que acaba elencando alguns serviços. Tem a equipe de psicologia para o os adolescentes” (Entrevistado 1).

“É tem, elas fazem atividades assim de faz uma roda, né? Que eles fazem atividades de relaxamento. Técnicas de relaxamento, de respiração também. É muito utilizado também a técnica de respiração” (Entrevistado 4).

“Às vezes a gente conversa um pouco, a gente orienta, tem terapia comunitária aqui, né? Às vezes a gente encaminha; tem auriculoterapia também, que às vezes a gente encaminha” (Entrevistado 6).

Em tom pouco preciso, os participantes evidenciaram os benefícios da unidade acadêmica, sabendo da existência de alguns serviços, mas a informação concisa ficou em segundo plano. De acordo com a descrição presente no site (Universidade Federal do Ceará, 2020), dentro do mesmo espaço, alguns serviços se misturam entre a APS com as do CDFAM. Destacamos os atendimentos de acupuntura, auriculoterapia e práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa; atendimento de enfermagem, com destaque para o Ambulatório de Incontinência Urinária em Mulheres; atendimento de fisioterapia com destaque para Avaliação do desenvolvimento infantil de 0 a 5 anos; Atendimento de psicologia com destaque para atendimentos individuais de mães com quadros de depressão; Intervenção precoce para o

desenvolvimento infantil.

Um espaço repleto de potência de transformação, inclusive, para a saúde mental. Mas parecia só mais um posto de saúde com a ausência dos acadêmicos ou professores dos variados cursos. Durante as idas na unidade de saúde, por se tratar de um período de férias acadêmicas, não foi percebido qualquer movimento de acadêmicos ou nem mesmo foi verificado com a gerência da unidade quanto a regularidade destas atividades. Contudo, ao dialogar com os participantes sobre o cuidado relacionado a saúde mental, a atuação psicológica foi rapidamente lembrada como fator importante para a oferta de cuidado ampliado por eles, como posto de saúde.

“Não tem psicólogo inserido, né? Nem na equipe, nem no posto de saúde. Aqui tem um pela UFC, mas eu não sei o que que ele atende, se é só adolescentes ou só criança” (Entrevistado 2).

É assim, a UFC, ela é bem estruturada porque tem os estudantes de psicologia que dá um apoio, né? Mas se não fosse os alunos de psicologia, que se não fosse (eles) seria bem mais difícil. Mas eu caracterizo, porque assim, na verdade, quando o médico atende o paciente que ele vê a necessidade, ele já encaminha para o psicólogo daqui (Entrevistado 4).

Uma grande falha que (existe) também é que não tem um psicólogo aqui na unidade, né? Aqui dentro, no CDFAM, tem especificamente, mas é infantil, não é para adulto. É, e aí, é vinculada à universidade, né? Porque aqui é o posto, ele é faz parte da UFC também. Então assim, tem atendimento da universidade, mas não é o da prefeitura em seu atendimento (Entrevistado 5).

Os relatos quanto ao serviço de psicologia da universidade é uma mensagem confusa presente nos discursos, isso porque ao mesmo tempo se comemora e enfatiza a presença de serviços da universidade que evidenciam a inovação do posto de saúde, por outro lado, é como se fosse algo totalmente fora deles (posto de saúde): os serviços da UFC. Portanto, a falta de conhecimento preciso dos profissionais da APS, bem como a integração com a universidade é um achado que foi apontado pela pesquisa.

Até que ponto, se tratando de uma UAPS, ter serviços que ultrapassam a APS favorecem o andamento do atendimento primário em saúde preconizado pelo SUS? Será que descaracteriza tal ambiente da APS ou se sabe a divisão dos serviços pelos usuários e profissionais? Talvez aqui já se desenhe encaminhamentos para pesquisas posteriores.

Ao tentar responder tais questionamentos, foi preciso resgatar o componente histórico do lugar do CDFAM e de que somente em 2020 se configurou também como uma unidade de Atenção Primária a Saúde. Antes disso, o CDFAM teve atuações iniciadas na década de 1980 com o antigo Projeto Uruguaiana que promovia ações de promoção de cidadania e trabalho comunitário, para em seguida os cursos de Enfermagem, Odontologia e Farmácia

iniciarem suas atividades de ensino e assistência com enfoque na família e na comunidade; houve ainda a Unidade de Cuidados Médicos e de Enfermagem (UCME), conhecida como Casa de Parto Natural, e posteriormente os cursos de Fisioterapia e Psicologia também se aproximaram do local (Souza, 2018). As atuações com serviços de extensão oferecidas pela universidade, sem dúvidas, é uma conquista importante para a população do entorno da universidade, local marcado pela vulnerabilidade social, a favela do Papoco.

Portanto, a história do local se presta nestes serviços à comunidade, restando ao posto de saúde se apropriar disto e acrescentar no enfoque da APS. Ao mesmo tempo que se comemora o fato de ter psicólogos no espaço físico da unidade, o seu acesso ou fluxo para atendimento parece pouco compreendido pelos participantes. O que apresenta novamente a ideia de não integração entre os serviços, mas de ações isoladas a partir da procura e demanda do usuário. Esta percepção vai ficando claro na fala de profissionais sobre o acesso aos serviços dos psicólogos.

“Existe os psicólogos da UFC, mas aí o trâmite todo é através do sistema” (Entrevistado 3).

“E tem psicólogo também, mas normalmente os psicólogos, eu acho que eles atendem só a faixa etária de adolescentes, se eu não me engano” (Entrevistado 6).

O risco de se ter somente a prática ambulatorial em serviços de saúde, é que a prática de promoção e prevenção fique deficitário. No entanto, quanto a inserção dos profissionais de psicologia na APS, faz-se necessário verificar como a clínica psicológica vem sendo inserida nas políticas públicas. Além disso, adentrar no seu próprio fazer anda com a necessidade de modificar um conhecimento de uma clínica clássica, formada pelo *setting terapêutico clássico*, para a construção de espaços mais ampliados e compartilhados.

Chamada de clínica hegemônica ou individual, a prática, aprendida na maioria dos bancos das universidades, sofreu forte influência da clínica médica e é moldada para atender às classes médias e alta da sociedade. [...] Nas errâncias pelo território de vida dos usuários, a Psicologia, inserida nas EqSF e guiada pelo Apoio Matricial e Equipe de Referência como principais ferramentas do NASF, se vê diante da necessidade de diálogo e compartilhamento de saberes e fazeres com outras disciplinas (CFP, 2019).

O que este manual de referência para a atuação de psicólogos na APS aponta é que é preciso ficar claro sobre como a própria psicologia foi concebida, para assim, ela ser reorientada para o contexto de políticas públicas. É importante ser ressaltado que a atuação do psicólogo adote uma perspectiva ampliada com equilíbrio entre a dimensão clínico-assistencial e o técnico-pedagógico, caso contrário, estaria sob o risco de gerar pouca resolutividade na APS. Enxerga-se que o conceito universitário do psicólogo inserido na APS, como presente no local de pesquisa, se torna um terreno fértil para o diálogo de uma atuação psicológica que ultrapasse

os moldes da clínica clássica. Contudo, diante as falas apreendidas, fica claro o ponto assistencial da atuação psicológica vinculada a universidade.

Esta atuação se soma a ausência deste profissional inserido nos ditames do NASF ou Equipe Multiprofissional no cenário pesquisado, evidencia também a fragilidade da política pública no que se refere a saúde mental, deixando quase que totalmente a atuação do profissional de psicologia cada vez mais presente pela universidade, longe que isso seja algo ruim, mas é que pode privilegiar um viés clínico-assistencial. Fica claro na pesquisa que a atuação psicológica privilegia a dimensão clínico-assistencial, já bastante comum em pesquisas anteriores (Nascimento, Cordeiro, 2019; Machado *et al.*, 2021).

Desta forma, é preciso que exista uma conexão entre o que é compreendido enquanto atuação psicológica no âmbito da APS, já na dimensão da universidade, e ser reproduzido no local de pesquisa, para que não exista uma quebra de serviço e desconfiguração da APS.

Ainda com estes desafios, a UAPS mostra uma grande potência para lidar com demanda de pessoas com depressão ao ter um funcionário iniciado na facilitação de grupos de terapia comunitária integrativa. Ao relatar a participação de uma pessoa na TCI, o entrevistado, que é o facilitador da atividade, conta que foi a partir da TCI que se pôde perceber a demanda e fazer um caminho para a inserção de outros profissionais na queixa desta pessoa.

“Foi, foi, foi muito bom a terapia. Aí essa menina, a gente encaminhou ela para o médico. O caminho é para o psicólogo e assim por diante é feito” (Entrevistado 3).

Mais do que um ponto final, a TCI segue no local do CDFAM como uma potente forma de encaminhamento para os usuários se inserirem na rede de saúde mental do município, pois se trata de um espaço aberto, ultrapassando o caráter adstritos da APS. Neste espaço é possível também minimamente proporcionar orientação para os casos de saúde mental que surgem e ainda carecem de cuidado.

Eu faço um convite bem leve pra eles [usuários] e não, não é pra sentir obrigado a vir, né? Aí eu falo da questão da ansiedade, depressão, da fobia, do medo, da solidão, tá? Aí, ‘mas ninguém se identificou com isso’, mas deve ter algum primo, algum amigo, algum vizinho, algum namorado e aí você pode convidar essa pessoa. Está aí para terapia. E está vindo, está vindo. Eu acho que não... eu acho que na terapia passada nós tivemos 9 pessoas (Entrevistado 3).

Em um estudo de revisão integrativa (Lemes *et al.*, 2020), foi registrado que as evidências apontaram que a terapia comunitária integrativa foi utilizada como estratégia de cuidado das demandas em saúde mental em diversos cenários, destacando-a como uma tecnologia leve a ser aplicada coletivamente na comunidade. Outro estudo (Alves *et al.*, 2021) concluiu que a Terapia Comunitária Integrativa foi uma intervenção efetiva na diminuição dos

escores de ansiedade, sendo uma importante estratégia de apoio psicossocial que pode ser utilizada pelo enfermeiro na prevenção do sofrimento psicoemocional dos adolescentes.

Portanto, a produção científica tem registrado diversas evidências dos efeitos benéficos da TCI em demandas de saúde mental. Contudo, ainda se têm pouca adesão por parte dos profissionais, segundo relato do participante da pesquisa, isso ocorre por desinteresse na temática da TCI pelos profissionais.

“Por exemplo, eu estou aqui desde março fazendo terapia. Só recebi agora 4 ou 5, encaminhamentos dos profissionais... Eu e os demais participantes, você, você que vai captando. Esse ponto é: o profissional não querer se aprofundar no conhecimento da terapia” (Entrevistado 3).

Novamente a ideia de pouca assimilação pelos profissionais quanto aos tratamentos de saúde mental disponíveis no local faz com que propostas individuais como a condução da TCI ganhe pouco respaldo pelos usuários e profissionais. Motivo este que torna a atenção básica, no tocante a saúde mental, ambulatorial no seu serviço e pouco ofertadora de cuidado que ultrapasse a intervenção medicamentosa. Reforça também a falta de comunicação e integração entre as equipes do posto de saúde.

Com isso, o espaço do medicamento novamente ganha evidência no tratamento de saúde mental. Ainda com a dificuldade de adesão por parte dos profissionais, este participante é insistente em mostrar alternativas cabíveis ao tratamento em saúde mental que tem hoje a exclusividade e procura pela medicação antidepressiva.

Ofertas das alternativas poderia ser, por exemplo, a terapia comunitária, a formação de grupo de autoajuda, a oferta de grupos de massoterapia. É... pelo espaço que nós temos aqui, nós podemos falar... formar junto com o pessoal da educação física, atividade de passeio de campo. Quando se oferecer diversas alternativas para eles sair dessa, dessa dependência da medicação (Entrevistado 3).

O espaço do CDFAM se torna um poderoso aliado ao tratamento em saúde mental na visão deste profissional, desde que haja o engajamento dos profissionais e uma mudança de percepção da não exclusividade do médico no tratamento de saúde mental, e por consequência, menor foco na medicação psicotrópica. Aliado a sensibilidade dos profissionais, atitudes de responsabilidade com a demanda do usuário se torna um potente meio de vinculação, em suas palavras.

## 6 CONCLUSÃO

Esta dissertação se soma a todas as produções científicas que se delimitam em estudar uma área bastante importante para o SUS, a APS. Pesquisar sobre um campo potente como este contribui para o desenvolvimento de políticas públicas buscando as melhorias para as dificuldades apontadas, bem como busca evidenciar e promover replicações de situações de sucesso ou promissoras encontradas no estudo.

Embora o estudo seja na APS, foi possível perceber a RAPS vista sob a ótica da APS. A RAPS, como importante política para o cuidado em saúde mental, foi evidenciado, sobretudo, na relação da APS com o CAPS, as suas fragilidades e desafios. Por conta disso, uma parcela da demanda precisa ser resolvida na APS, o que pode demonstrar insuficiência nos recursos disponíveis. Esse caráter de fragilidade da RAPS evidencia uma necessidade de fortalecimento de suas ações, assim como uma tentativa da garantia do cuidado em saúde mental nos seus variados níveis.

O uso de medicamentos antidepressivos, evento moderno dado a sua história de surgimento, apontam para soluções que ultrapassam a sua nomenclatura. Evento este que pode apresentar seu caráter abrangente ou levantar a dúvida da sua eficácia. Contudo, não se pode negar toda a inserção que estes medicamentos têm tido na sociedade, sobretudo, nas políticas públicas. Chama-se atenção ao contexto neoliberal que estamos inseridos, em que o sujeito é voltado a responder as suas demandas de saúde, sendo-o obrigado buscar soluções que muitas vezes anestesiam o sofrimento (Han, 2021).

Diante disso, uma leitura crítica e abrangente dos medicamentos antidepressivos precisa ser feita para evitar que usos problemáticos possam influenciar a vida das pessoas que o utilizam, bem como apontar a necessidade de reavaliar estes usos e as orientações dos profissionais de saúde a fim de evitar a medicalização da sociedade, definição tão cara e tão presente hoje em dia. Termos como o modelo biomédico em contraposição ao interpretativista oferecem visões que se completam, ainda que o primeiro se sobressaia ao segundo.

Portanto, pensar a inserção do medicamento antidepressivo no contexto da atenção primária tem sido urgente e indispensável para termos uma APS que ofereça o cuidado necessário as pessoas que dela precisam. Essa ambivalência da evolução ocasionada com a sua descoberta frente a forma como tem sido gerido atualmente trazem a complexidade do fenômeno do uso de medicamentos antidepressivos presente nesta dissertação.

O cenário de pesquisa evidencia algumas potencialidades que mostra a sua singularidade, mas por outro lado, apresentam desafios que precisam ser superados. A

constatação da prioridade da demanda espontânea no município estrangula a possibilidade de abordagem a outras condições, principalmente os pacientes com transtorno mental. Com isso, a gestão da agenda, que é muito importante na APS, apresenta pouca gerência por parte dos profissionais pesquisados, que resulta em práticas enrijecidas para as respostas relacionadas a demanda reprimida de saúde mental. Soma-se a burocracia da renovação e prescrição de receita psicotrópicas (Santos *et al.*, 2019), que tem colocado na figura do clínico geral papel importante a ser desenvolvido, mas podendo gerar dificuldade dos manejos em saúde mental.

A demanda de saúde mental tem sido constantemente presente no dia a dia da UAPS, o que evidencia a importância de práticas de cuidado que ultrapasse o medicamento, em busca de uma terapêutica completa. Contudo, práticas diferentes da medicação disponíveis na unidade de saúde com protagonismo de profissionais da APS foram pontuais e com pouco engajamento dos outros profissionais. Isso reforça a centralidade no cuidado exercido pelo médico, que em contraposição exime os outros profissionais deste cuidado. Aliás, o cuidado exercido pelos profissionais não-médicos esteve bastante deficitário, exceto por um entrevistado que facilitava rodas de Terapia Comunitária Integrativa.

Contudo, ainda se pôde perceber práticas de resistência que valorizavam o contato através do vínculo com os pacientes com diagnóstico de depressão, ainda que os profissionais sofressem com a grande demanda de atendimento geral e da inflexibilidade da agenda. Práticas assim tem um grande potencial de mudança para os usuários que usam o serviço. Este foi um grande e potente achado, pois isso vai se juntando as demais contribuições encontradas em uma unidade de saúde acadêmica, sobretudo, pelos projetos de extensão.

Quanto a associação UAPS e CDFAM, se verificou o caráter inovador do espaço. Contudo, novamente se percebeu certo desconhecimento ou pouca precisão das informações quanto aos serviços ofertados. Algumas atividades esperadas para a APS como a presença de equipes multiprofissionais com a finalidade de ofertar apoio matricial, bem como o próprio matriciamento em saúde mental ofertado pela atenção secundária, por não ocorrerem, abria espaço para projetos com professores e acadêmicos dos cursos de saúde. Mais do que a necessidade da academia em prestar apoio, fica evidente a fragilidade da política pública no cuidado em saúde mental.

Isto evidencia a potência envolta na aproximação da academia com o serviço público. No entanto, algumas ressalvas precisam ser feitas quanto a este serviço. O matriciamento privilegiava a visão uniprofissional com suporte sendo prestado através da residência de psiquiatria. Já na fala dos participantes evidenciava a presença do curso de psicologia na unidade, contudo, o atendimento em saúde mental vindo dos acadêmicos deste

curso enfatizava o atendimento ao público infantil ou atendimento ambulatorial, o que se distancia de uma visão de apoio matricial para se ter o foco clínico-assistencial.

Favorece ainda, a ideia de saúde mental sendo tratada por estes profissionais, psicólogo e psiquiatra e novamente eximindo a ação dos profissionais do serviço. A centralidade do cuidado em saúde mental nestas duas categorias profissionais, embora enfatizada, ainda foi desproporcional de acordo com a pesquisa de Antoniassi Junior *et al.* (2019), onde a maior indicação de encaminhamento registrados em prontuários de uma UBS foi para psiquiatras (95%) em comparação aos psicólogos (5%). A pouca capacitação ofertada pela prefeitura presente na fala dos participantes contribui na dificuldade de lidar com demandas de saúde mental também foi um achado da pesquisa.

Por fim, importante assinalar o caráter histórico e as limitações presentes no estudo, que em sua maior parte precisam ficar claros para se produzir mais conhecimento em pesquisas futuras. Embora tenha tido o contato com cada membro da ESF, um estudo aprofundado sobre a dinâmica de cada categoria profissional precisa ser feito para melhor entendimento das funções cabíveis a cada profissional. A comparação com outras realidades de posto, sobretudo, pela presença de equipe multiprofissional, também precisa ser considerada para a visão de cuidado ofertado. A pouca base de estudos relacionado a conduta de profissionais não-médicos da ESF com demandas de saúde mental evidencia o caráter inovador da pesquisa, mas também se mostrou como um desafio em articular os achados com pesquisas realizadas.

Outro fator que precisa ser levado em conta foi da ausência dos acadêmicos dos cursos de saúde. Por conta da grande quantidade de atividades desenvolvidas por eles e pelo local de pesquisa ser uma unidade acadêmica de saúde, o período de férias acadêmicas impossibilitou de ver a dinâmica estabelecida entre profissionais da APS com os acadêmicos da universidade para o cuidado em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed, Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.
- ALVES, M. I. *et al.* Effect of Integrative Community Therapy on anxiety symptoms in adolescents in the school context. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. e5010312986, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12986>. Acesso em: 24 out. 2023.
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo. Hucitec, 2006.
- ANTONIASSI JUNIOR, G. *et al.* Levantamento epidemiológico em saúde mental de um município do interior de Minas Gerais. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul**, v. 9, n. 3, set., 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12763>. Acesso em: 24 out. 2023.
- APRAHAMIAN, I. *et al.* **Depressão**: guia prático. Barueri, SP: Manole, 2020.
- ARANTES, D. Depressão na atenção primária à saúde. **Ver. Bras. Med. Fam. e Com**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, jan./mar., 2007.
- ARAÚJO, C. L. Legado e novas regras na saúde brasileira: delineando fatores estruturais *In*: ARAÚJO, C L (org.). **Decisões políticas e mudanças limitadas na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020
- ARAÚJO, L. L. C. *et al.* Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na estratégia de saúde da família de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v. 11, n. 1, p. 45-54, jan./jun., 2012.
- ASSUMPCÃO, G. L. S.; OLIVEIRA, L. A.; SOUZA, M. F. S. de. Depressão e suicídio: uma correlação. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 312-333, mar., 2018.
- AUGUSTINHO, Aline M. N. *et al.* **Matrizes do Pensamento IV**: fenomenologia existencial e humanista. Porto Alegre: Grupo A. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556903279/>. Acesso em: 2 set. 2023.
- ÁVILA, M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. *In*: DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas (Coleção Criança, Mulher e Saúde), Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416 p.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BAHLS, S. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação**, Curitiba, v. 3, p. 49-60, jan./dez., 1999.

BANDEIRA *et al.* Uso de antidepressivo e os componentes da síndrome de fragilidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-15, 2018.

BARROS, J. U. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BECHER, G. E.; TAKAHAGUI, F. M. Entre o início e o fim: um ensaio filosófico-fenomenológico sobre o prefácio de Fenomenologia da percepção. *In*: TAMELINI, Melissa; MESSAS, Guilherme (org.). **Fundamentos de clínica fenomenológica**, [s. l.]: Manole, 2022. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555768510/>. Acesso em: 11 nov. 2023.

BOSI, M. L. M. Paradigmas, tradições e terminologias: demarcações necessárias. *In*: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: Fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 575-586, mar., 2012.

BRASIL. Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **Boletim epidemiológico: mortalidade infantil no Brasil 2021**. Novas Façanhas, RS: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do Ensino Fundamental**. 5. ed. 6. Brasília: Ministério da Justiça, 2013a. 64 p.

BRASIL. Universidade Federal do Ceará. **Coordenadoria do Desenvolvimento Familiar (Cdfam/Prex/Ufc)**. Disponível em: <https://cdfam.ufc.br/pt/>. Acesso em: 18 set. 2023.

CABRAL, C. M. C. *et al.* Consumo elevado de antidepressivos e suas motivações. **Revista Saúde dos Vales**, [s. l.], v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/42/40>. Acesso em: 17 set. 2023.

CAMPOS, G. W. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. *In*: CAMPOS, G. W. *et al.* (org.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 121-142.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 803-813, out. 2010.

CANGUILHEM, G. Louis Althusser **patológico**. Tradução: Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 210p.

CARVALHO *et al.* Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, jan./mar., 2015.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva: Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

COELHO, I. C. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

COELHO, P. *et al.* Diagnóstico e manejo do herpes-zóster pelo médico de família e comunidade. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 279-285, jul./set., 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde** / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 2. ed. — Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2019.

COORDENADORIA de Desenvolvimento Familiar da UFC (CDFAM) oferece serviços de saúde e qualidade de vida no entorno do Campus do Pici. **Universidade Federal do Ceará (UFC)**. Fortaleza, CE. 12 ago. 2021. Disponível em: <https://www.ufc.br/noticias/16019-coordenadoria-de-desenvolvimento-familiar-da-ufc-cdfam-oferece-servicos-de-saude-e-qualidade-de-vida-no-entorno-do-campus-do-pici>. Acesso em: 17 set. 2023.

CORÁ, E. J.; SILVA, L. B. A ação como um texto na obra de Paul Ricoeur. **Impulso**, Piracicaba, v. 24, n. 59, p. 15-23, jan./abr., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15600/2236-9767/impulso.v24n59p15-23>. Acesso em: 17 set. 2023.

CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. **História da melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713754/>. Acesso em: 1º set. 2023.

CORREA, F. P.; BOSI, M. L. M. Avaliação da qualidade na pesquisa qualitativa em saúde. *In*: BOSI, M L M; GASTALDO, D. (org.) **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde**: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

COSER, O. **Depressão**: clínica, crítica e ética. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTA, E. A., *et al.* Medicamento, assistência farmacêutica e vigilância sanitária na atenção integral à saúde. *In*: TEIXEIRA, C. F., comp. **Observatório de análise política em saúde**: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba, 2016, p. 369-396.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa. 5. ed. Porto Alegre: Grupo A, 2021.

CRUZ, N. L. Escalas e instrumentos. *In*: APRAHAMIAN, I. *et al.* **Depressão: guia prático**. Barueri, SP: Manole, 2020.

DUNKER, C. **Uma biografia da depressão**. São Paulo: Planeta, 2021.

ESTEVES, F. C.; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, n. 24, p. 127-135, jul./dez., 2006

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matriciamento em saúde mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2311–2322, jun., 2021.

FARIAS, A. *et al.* Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 26, v. 5, p. 1781-1792, 2021.

FILARDI, A. F. *et al.* Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, n. 24, v. 2, p. 421-445, jun., 2021.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Grupo A, 2008. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536318523/>. Acesso em: 24 set. 2023.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa: coleção pesquisa qualitativa**. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRÁGUAS, R. *et al.* Depressão maior em pacientes com dor torácica não cardíaca: quem vai tratar? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 83-7, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; M.; R. A. de. (org.). **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008.

FRANCO, T. B.; ELIAS MERHY, E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, abr., 2012.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. 148p.

GAMA, C. A. P. da. *et al.* Os profissionais da atenção primária à saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 25, 2021.

GATO, J. M. *et al.* Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Av Enferm**, São Carlos, v. 36, n. 3, p. 302-310, set./dez, 2018.

GATTO, C. *et al.* Prevalência de sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, jun., 2021.

GOMES-MEDEIROS, Débora *et al.* Política de drogas e saúde coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242618>. Acesso em: 24 set. 2023.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor, 1992.

GUILLAND, R. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/dZX44RT5LZD8P5hBFDyZYVQ/?format=pdf>. Acesso em 24 set. 2023.

HAN, B. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

HAN, B. **Sociedade paliativa: a dor hoje**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

HERCULANO, L. F.; DANZIATO, L. J. Depressão: doença, sintoma, estrutura ou mal-estar contemporâneo? **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 22, n. 2, 2021.

HIRDES A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-393, fev., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>. Acesso em: 11 nov. 2023.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IRONS, C. **Depressão: saiba como diferenciar a depressão clínica das tristezas do dia a dia**. São Paulo: Saraiva, 2018.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064). Acesso em: 11 nov. 2023.

LEMES A. G. *et al.* A terapia comunitária integrativa no cuidado em saúde mental: revisão integrativa. **Ver. Bras. Promoç. Saúde**, [s. l.], v. 33, n. 10629, 2020.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. de S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan., 2004.

LIMA, A. F. B. da S.; FLECK, M. P. de A. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 33, n. 3, p. 245-251, set., 2011.

LUZ, M. **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. 362 p.

LUZ, M. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019. 184 p.

MACHADO, M. de F. A. S. *et al.* Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 987–997, 2021.

MAGALHÃES, et al. Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária **Revista Mineira de Enfermagem**; 20:e947, 2016

MAIA, M P et al. Oferta de serviços e recursos humanos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 4, out./dez. 2021, p. 15-31

MARGARIDO, F B. A banalização do uso de ansiolíticos e antidepressivos. Encontro: **Revista de Psicologia**. Vol 15, n 22, 2012. P 131-146.

MARTINEZ-SALGADO, C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisas qualitativas em saúde? In.: BOSI, M L M; GASTALDO, D. (Org.) **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: Fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

MELO, C B et al. Impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental dos idosos: uma revisão

MENDES, E D; VIANA, T C; BARA, O. Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Out-Dez 2014, Vol. 30 n. 4, pp. 423-431

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção [tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura]. - 2- ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M C (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

MINAYO, M C; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 17 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 17 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Com novas especialidades, Ministério da Saúde retoma investimento em equipes multiprofissionais em todo Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/21417>. Acesso em: 17 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O SUS das práticas integrativas: terapia comunitária**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2408>. Acesso em: 19 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, n. 204, p. 48, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 12 out. 2023.

MONCRIEFF, J., *et al.* The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. **Mol Psychiatry** (2022). <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

MONTEIRO, K; LAGE, A. Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria. **Psicologia Ciência E Profissão**, 2007, 27 (1), 106-119

MONTEIRO, V; SOUZA, C; MOREIRA, V. Da (inter)corporeidade à depressão melancólica na psicopatologia fenomenológica de Fuchs. **Memorandum** 37, 2020 Belo Horizonte: UFMG

MORENO, R A et al. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, 1999 p. 24-40.

MUSSE, F C C et al. Violência mental: ansiedade e depressão durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Saúde e Pesquisa**. 2022;15(1):e-9684 - e-ISSN 2176-9206

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado De Saúde Da Família E Atenção Básica: Análise Do Processo De Trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019424, 2019.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família:

equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 165–179, jan. 2015.

OLIVEIRA, et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(4):1553-1564, 2021

OLIVEIRA, V B et al. Apresentado a potência do Nasf na reorientação do fazer saúde na Atenção Básica. In: QUIRINO, T R L et al (Org.). **O Nasf e o trabalho na Atenção Básica à Saúde** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 19-31.

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, dez. 2011.

ONOFRE JUNIOR, V et al. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(1):21-33

PAULA, A D. A Teoria da Interpretação e a Hermenêutica Bíblica de Paul Ricoeur. **Teoliterária** V. 2 - N. 4 – 2012.

PEREIRA, M et al. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2021 Jan-Dez; 16(43):2568

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011. **Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

**PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

POSTO de saúde da CDFAM é inaugurado no Pici e homenageia professor que estudou a tuberculose. **Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, CE, 18 set. 2020. Disponível em: <https://prex.ufc.br/pt/posto-de-saude-da-cdfam/>. Acesso em: 17 set. 2023.

PRETOS ou pardos estão mais escolarizados, mas desigualdade em relação aos brancos permanece. **Agência IBGE**. Rio de Janeiro, RJ, 11 nov. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25989-pretos-ou-pardos-estao-mais-escolarizados-mas-desigualdade-em-relacao-aos-brancos-permanece#:~:text=Em%202018%2C%2043%2C1%25,46%2C5%25%2C%20parda>. Acesso em: 17 set. 2023.

REIS, Sílvia; MENESES, Sara. **NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: possíveis impactos sobre o nasf-ab**. 2020. Disponível em: <https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/21242/>. Acesso em: 17 set. 2023.

RIBEIRO, N F. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam**

**Comunidade**. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-14

RIBEIZ, S R. Transtorno depressivo maior. In: APRAHAMIAN, I *et al.* **Depressão: Guia prático**. - 1. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2020.

RICOUER, P. **Do texto à ação**. Porto: Rés Editora, 1991.

RICOUER, P. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Tradução de Artur Morão. Edições 70, 1976. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

ROCHA, B S; WERLANG, M C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3291-3300. 2013

RODRIGUES, J T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, M *et al.* Consumo de fármacos psicotrópicos em uma Farmácia Básica de Congonhas, Minas Gerais, Brasil. **Infarma: ciencias farmacêuticas**. 10.14450/2318-9312.v31. e4.a2019.pp285-292 SANTOS, N R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1729-1736, 2018

SILVA LS *et al.* Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. *Av Enferm*. 2021;39(1):30-39.  
<http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85573>

SILVA, M O *et al.* Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra. **CRIOLA**. Rio de Janeiro, 2007

SOALHEIRO, N.; MOTA, F. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Rev. Polis e Psique**, 2014; 4(2): 65-85

SOARES, T C. “A Vida é Mais Forte do Que as Teorias” O Psicólogo nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2005, 25 (4), 590-601

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: Uma anatomia da depressão**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018

SOMBRA NETO, L. L *et al.* Demanda Espontânea Na Atenção Primária: Avaliação De Médicos. **Cadernos ESP**, Fortaleza-CE, Brasil, v. 16, n. 2, p. 34–39, 2022. DOI: 10.54620/cadensp.v16i2.789. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/789>. Acesso em: 5 out. 2023.

SOUZA, C S *et al.* Correlação entre pandemia do Covid-19 e a depressão: um estudo da população em geral no continente americano com enfoque em estudantes. **Revista Saber**

**Digital**, v. 16, n.1, e20231605, jan./abril, 2023.

SOUZA, E S. *Gestores, servidores e usuários: as representações sociais do programa CEDEFAM*. 31/01/2018. 197 f. Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas Instituição de Ensino: Universidade Federal Do Ceará, Fortaleza Biblioteca Depositária: Centro de Humanidades. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/35711/3/2018\\_dis\\_esgsouza.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/35711/3/2018_dis_esgsouza.pdf)>.

SOUZA, G C; GUEDES, J P. O uso indiscriminado do Ritalina para o melhoramento no desempenho acadêmico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e354101523004, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23004>

SOUZA, I J; MOURA, S C; RODRIGUES JUNIOR, O M. Overdose medicamentosa pelo uso irracional de psicotrópicos: fluoxetina e amitriptilina. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, e217111436293, 2022 DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36293>

SOUZA, J C. Depressão, medicalização e o mercado de antidepressivos: a busca de um novo paradigma de tratamento. **Monografia (especialização) – Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos**, Pós-graduação em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos, 2017.

SOUZA, K; CUNHA, M X. Impactos do uso das redes sociais virtuais na saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. **Educação, Psicologia e Interfaces**, Volume 3, Número 3, p. 204-217, Setembro/Dezembro, 2019. ISSN: 2594-5343. DOI: <https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v3i3.156>

TESSER, C D *et al.* Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.Supl. 3, p.3615-3624, 2010

TESSER, C D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006

UZAI, F R; BORIN, F Y; CARRARO, D C. Potenciais Interações Medicamentosas Graves Entre Antidepressivos E Ansiolíticos Hipnóticos. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**. Londrina, v. 38, n. especial, 2022. ISSN 2596-2809

VENDAS de medicamentos psiquiátricos disparam na pandemia. **Conselho Federal de Farmácia**, [s. l.], 16 mar. 2023. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psiquiatricos-disparam-na-pandemia>. Acesso em: 28 ago. 2023.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, 417 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. Geneva: 2017. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care. Report of the**

**international conference on primary health care**, Alma-Ata. Geneva: WHO; 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

YIN, R K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim [recurso eletrônico]**; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto Alegre: Penso, 2016.

ZEM IGESKI, T. P.; *et al.* Análise da efetividade da Terapia Comunitária Integrativa na saúde biopsicossocial de diferentes populações: uma revisão integrativa. **Temas em Educação e Saúde**, Araraquara, v. 16, n. esp.1, p. 271–285, 2020. DOI: 10.26673/tes.v16iesp.1.13737. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/13737>. Acesso em: 24 out. 2023.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Olá, eu me chamo Jardeson Martins e estou fazendo essa pesquisa para responder sobre a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao uso de antidepressivos pelos usuários do serviço de saúde. Esta será uma entrevista gravada com a finalidade de apreensão dos dados para transcrição e análise posterior.

### Perfil dos participantes

Nome:	Idade:
Gênero:	
Profissão:	
	EqSF:
Outras experiências em saúde mental:	
Curso na saúde mental:	

- 1) Para iniciar, gostaria que falasse como avalia e caracteriza a demanda de problemas em saúde mental aqui no serviço.
- 2) Como você atua com essa demanda em seu dia a dia de trabalho?
- 3) Na sua experiência no serviço, a depressão é um problema frequente dentre os casos? Se sim, como você se insere no acompanhamento destas demandas?
- 4) Como tem sido geralmente a condução dos casos de depressão aqui na APS? Quais estratégias terapêuticas ou planos de cuidados tem sido elaborado?
- 5) Dentro das estratégias terapêuticas ou planos de cuidado voltados para a depressão, como os medicamentos antidepressivos têm sido usados?
- 6) Quais os medicamentos utilizados? Há distinção entre eles?
- 7) Como você percebe o uso de medicamento antidepressivos no acompanhamento terapêutico de casos acompanhados por você e sua equipe?
- 8) Em sua experiência, quais são os desafios para o cuidado às pessoas atendidas aqui que sofrem de depressão?
- 9) Como você avalia ser possível superar tais desafios?
- 10) Você poderia destacar algum caso emblemático com diagnóstico de depressão conduzido por você e pela sua equipe?

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado pelo pesquisador **JOSÉ JARDESON MARTINS DE VASCONCELOS** como participante da pesquisa intitulada “**SENTIDOS DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM PLANOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA APS**”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os objetivos do projeto são: **Compreender sentidos do uso de antidepressivos dentro de planos de cuidado em saúde mental a partir da percepção de profissionais da APS do SUS; Compreender junto ao profissional de saúde seu conhecimento quanto a depressão e a indicação/efeitos dos antidepressivos; Analisar justificativas/propósitos terapêuticos relacionados aos antidepressivos por profissionais de saúde da APS de Fortaleza; Identificar abordagens alternativas ou complementares ao uso de medicamento antidepressivos em experiências com tratamento de usuários com diagnóstico de depressão.** O(A) Sr(a) está sendo convidado porque faz parte do corpo de profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde selecionada no estudo.

O(A) Sr(a) tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço da Unidade Básica de Saúde.

Caso aceite participar sua participação consiste em responder um questionário semi estruturado, ou seja, perguntas abertas sobre o assunto pesquisado. O tempo estimado da entrevista é de 30 minutos. Também será utilizado um celular para gravar a entrevista para não se perder nenhum conteúdo na análise de dados. Sua privacidade é garantida pelo pesquisador. Os participantes desta pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma. A presente pesquisa será apresentada como dissertação de mestrado do pesquisador, e possivelmente como um ou mais artigos científicos. Os dados coletados serão utilizados apenas para os objetivos desta pesquisa. Esta pesquisa se encontra aprovada pelo comitê de ética pelo número de parecer 6.190.450 na data de 19 de julho de 2023.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são possível constrangimento ou dúvida nas respostas, podendo gerar questionamentos posteriores quanto as perguntas.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: Não traz benefício direto para aqueles que dela participarem, mas pode contribuir para compreender melhor a sua atuação no serviço de saúde.

Endereço do responsável pela pesquisa:

<b>Nome: JOSÉ JARDESON MARTINS DE VASCONCELOS</b> <b>Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ</b>
--

**Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará Brasil**  
**Telefones para contato: +55 85 3366-8045**

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa	____/____/____ Data	Assinatura
----------------------------------	------------------------	------------

Nome do pesquisador	____/____/____ Data	Assinatura
---------------------	------------------------	------------

Nome da testemunha	____/____/____ Data	
Assinatura (se o voluntário não souber ler)		

Nome do profissional que aplicou o TCLE	____/____/____ Data	Assinatura
--	------------------------	------------