

Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global

Narratives of emotional distress in Primary Care in Brazil: contributions to a comprehensive and culturally sensitive Global Mental Health approach

(abstract: p. 17)

Narrativas de sufrimiento emocional en la Atención Primaria en Brasil: contribuciones para un abordaje integral culturalmente sensible en Salud Mental Global (resumen: p. 17)

Alice Lopes do Amaral Menezes^(a)

<amenezespsi@gmail.com> 

Karen Athie^(b)

<karensathie@gmail.com> 

Cesar Augusto Orazem Favoreto^(c)

<cesarfavoreto@globo.com> 

Francisco Ortega^(d)

<fjortega2@gmail.com> 

Sandra Fortes^(e)

<sandrafortes@gmail.com> 

^(a) Superintendência de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455, Cidade Nova. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20211-110.

^(b) Laboratório Interdisciplinar de Atenção Primária à Saúde, Centro Biomédico, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(c) Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Ciências Médicas, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(d) Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(e) Unidade Assistencial de Saúde Mental e Psicologia Médica, Faculdade de Ciências Médicas, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autores da Saúde Mental Global defendem, de um lado, o aumento do acesso aos cuidados de saúde mental, inclusive com o uso de intervenções padronizadas. De outro lado, na Atenção Primária à Saúde no Brasil, a apresentação sintomatológica do sofrimento emocional pelos pacientes dificulta sua identificação pelos profissionais, comprometendo o cuidado e exigindo uma abordagem culturalmente sensível. Objetivando conhecer a percepção de pacientes sobre o sofrimento emocional e seu cuidado na Atenção Primária, adotou-se método qualitativo de abordagem narrativa, com coleta de dados em grupos em salas de espera e roteiro baseado no instrumento McGill Illness Narrative Interview. As narrativas foram tratadas por Análise de Conteúdo e revelaram que limitar a comunicação do sofrimento é negar o acesso ao cuidado. Contrapondo tal limitação, apontaram-se estratégias para nortear a estruturação de um cuidado que seja integral e culturalmente sensível.

Palavras-chave: Acesso. Atenção Primária. Cuidado. Saúde mental global. Sofrimento emocional.

“Problema de saúde mais o sistema nervoso, une o inútil ao desagradável.”
(Participante 1, Grupo 1)

Introdução

O sofrimento emocional (SE)^{1,2} constitui uma demanda prevalente na atenção primária à saúde (APS). Em suas narrativas, frequentemente, as pessoas queixam-se de “sofrer dos nervos” e apresentam queixas somáticas difusas e inespecíficas sem justificativa médica, como: fadiga, pressão no peito, palpitação, dores múltiplas incessantes, falta de ar, tremeadeira, insônia, agitação, e outros sintomas de ansiedade e depressão¹.

Para designar tais manifestações, os estudos epidemiológicos utilizam a nomenclatura Transtornos Mentais Comuns (TMC)^{2,3}, que abrangem desde SE, que não preenche critérios para transtornos mentais, até quadros depressivos, ansiosos e somatizações que, apesar de eventualmente remitirem espontaneamente, demandam cuidados. No processo assistencial, a complexidade dessa apresentação sintomatológica surge como componente importante do SE⁴, e sua ambiguidade desafia a racionalidade biomédica, requerendo abordagens ampliadas que considerem a experiência do paciente⁵.

Tanto global quanto nacionalmente, a frequência de TMC na APS é alta e, se não forem cuidados, podem comprometer a vida das pessoas⁶. Nos anos 1990, uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS), em unidades gerais⁷ de saúde em vários países, apontou prevalências de TMC de 12,2% a 51% e, em nosso país, as investigações têm detectado prevalências de 52% a 64%^{1,2,7}. Embora estudos mundiais destaquem a importância do médico na APS para o diagnóstico, tratamento e manejo dos pacientes⁷⁻⁹, 30% a 60% das morbidades psiquiátricas não são reconhecidas¹⁰. No Brasil, a taxa de detecção por clínicos gerais de unidades APS varia de 21% a 78%¹¹, e eles têm dificuldades de manejar problemas emocionais, questões psicossociais e transtornos mentais¹².

Considerando a sobrecarga dos transtornos mentais para a sociedade, a OMS e autores vinculados ao campo da Saúde Mental Global¹³ defendem o lema “Não há saúde sem saúde mental”, e reivindicam aumentar o acesso aos serviços de saúde mental e reduzir a lacuna de tratamento¹⁴. Neste sentido, sugerem a integração de saúde mental na APS^{6,15}, assim como a disseminação de pacotes de cuidado, sobretudo em países de baixa e média renda (LMIC⁽⁶⁾)^{16,17}. Todavia, um dos desafios desse processo é evitar a expansão indiscriminada de intervenções biomédicas padronizadas e descontextualizadas. Para isso, o cuidado deve ser culturalmente sensível e socialmente relevante, sendo imprescindível, portanto, considerar a dimensão psicossocial do paciente¹⁸⁻²⁰.

A diferença de entendimento entre médicos e pacientes acerca do processo de saúde-doença, sintetizada nas noções de doença e adoecimento (*disease x illness*)²¹, provoca ruídos na relação médico-paciente (RMP). Afinal, enquanto o paciente expressa uma vivência de estar doente (*illness*) subjetivamente imersa no seu contexto sociocultural, incluindo tradições, crenças e valores, a maior parte dos profissionais ainda é formada para agir com base na racionalidade biomédica enfocando a doença (*disease*).

⁽⁶⁾ Adotou-se a abreviatura inglesa *low and middle income countries* (LMIC) utilizada na literatura.

A discrepância entre o preparo dos profissionais e as necessidades dos pacientes justifica ampliar o conhecimento desta demanda e dos recursos terapêuticos⁴. Dentre os aspectos que dificultam a identificação do SE, alguns estudos enfatizam a apresentação sintomatológica predominantemente física⁴, o modelo de formação centrado na doença⁵, e problemas estruturais do sistema de saúde⁹. Dentre aqueles que interferem na RMP, destacam-se: comunicação insípida²²; escolha do médico pelo próprio paciente²³; vulnerabilidade da população atendida²⁴; estigma²⁵; processo de decisão de tratamento²⁶; pilares do vínculo que conferem caráter terapêutico à RMP²⁷ representados pela oferta de acolhimento, escuta, suporte e esclarecimento; confiança da população nas instituições públicas de saúde identificadas como representantes do Estado²⁸.

Embora recentemente tenhamos discutido a experiência de SE e cuidado de mulheres atendidas numa clínica da família do Rio de Janeiro²⁹, a opinião dos usuários sobre a construção do cuidado de saúde mental na APS brasileira ainda é pouco estudada. Assim, alinhado com o estudo anterior e inserido nas pesquisas “Dilemas e desafios de propostas de Saúde Mental Global no cenário brasileiro”, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e “Avaliação do cuidado em saúde mental na atenção primária na área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro”, do grupo CNPq “Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, esse trabalho objetiva conhecer a percepção de pacientes sobre o SE e seu cuidado na APS.

Método

Desenho e cenário do estudo

Adotou-se metodologia qualitativa de estudo de narrativa³⁰ com natureza exploratória. Métodos qualitativos são aplicáveis na pesquisa em saúde para investigar como as pessoas conferem sentido à vida diante de um contexto sociocultural em permanente atualização³¹. São usados como estratégia para integrar diferentes contextos, necessidades e demandas presentes no ato clínico. Logo, estudar narrativas de pacientes permite conhecer sua percepção a fim de tornar esse saber disponível para o planejamento de intervenções de cuidado congruentes com o âmbito da APS³².

A pesquisa de campo aconteceu na Área Programática 2.2 do Rio de Janeiro, entre maio e julho de 2013, enquanto o modelo assistencial tradicional de APS, organizado por especialidades médicas, estava sendo progressivamente substituído por equipes de Saúde da Família centradas no vínculo e na integralidade³³. Selecionaram-se serviços de oito unidades, sendo que três encontravam-se em fase de transição assistencial.

Instrumento e coleta de dados

Escolheu-se, como referência, o instrumento qualitativo McGill MINI Narrativa de Adoecimento³⁰, porque sua finalidade é a investigação da experiência de adoecimento do paciente, além de este já ser validado, e também traduzido³⁴ e utilizado no Brasil³⁵.

Embora o MINI seja indicado para entrevistas individuais, por se tratar de estudo exploratório, a coleta de dados em grupos focais³⁶ permitiria privilegiar a

quantidade e a variedade de narrativas a fim de propiciar a familiarização com o assunto pesquisado. Optou-se pelo recrutamento em sala de espera porque, enquanto aguardam atendimento, as pessoas encontram-se disponíveis na unidade de saúde, o que, operacionalmente, exigiu criar um roteiro adaptado mais breve e focado. Então, dentre as cinco seções do MINI, selecionaram-se perguntas das duas seções com maior afinidade aos objetivos da pesquisa (denominadas “Narrativa de Modelo Explicativo” e “Serviços e Resposta ao Tratamento”), e elaborou-se novo roteiro com duas dimensões de investigação: percepção do SE e percepção do cuidado de saúde mental (Quadro 1).

Quadro 1. Roteiro de pesquisa em grupo focal

ROTEIRO DE PESQUISA EM GRUPO FOCAL	
INTRODUÇÃO: Essa pesquisa é sobre a assistência prestada em unidades de saúde do município. Queremos saber se os pacientes recebem apoio para todos os tipos de sofrimento que enfrentam na vida, incluindo, especialmente, o sofrimento emocional. Ela foi autorizada pelo Comitê de Ética da SMSDC-RJ e dessa unidade. Se concordarem em participar da discussão em grupo, solicitamos assinarem o termo de consentimento.	
DIMENSÃO SOBRE SOFRIMENTO EMOCIONAL	<ol style="list-style-type: none">1. Quando as pessoas adoecem, há sofrimento emocional associado? Como vocês entendem esse sofrimento?2. Como vocês se referem ou chamam esse sofrimento?3. Como esse sofrimento se relaciona com o sofrimento físico de vocês?<ol style="list-style-type: none">a. Quando vocês se sentem mais “X” (usar palavras mencionadas pelos pacientes), isso interfere nos seus problemas físicos? Seus problemas físicos se alteram?b. Quando o problema físico fica descompensado, isso interfere no seu “X” (usar palavras mencionadas pelos pacientes)? O “X” se altera?
DIMENSÃO SOBRE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL	<ol style="list-style-type: none">1. Quando vocês se sentem “X”, vocês contam para o médico?<ol style="list-style-type: none">a. Em caso de resposta negativa: Se vocês tivessem problemas emocionais, contariam para seu médico? Por quê?2. O que o médico diz que vocês têm? Como ele chama isso que vocês têm? Como o médico se refere ao “X”?3. Como o médico ajuda vocês? O que ele faz?4. Em caso de resposta negativa: Como o médico poderia ajudar? O que vocês esperariam que o médico fizesse em relação a seu “X”?5. Alguma outra coisa que queiram comentar ou sugerir?

O convite foi feito em voz alta a todos que aguardavam consulta, sendo informados dos objetivos e que poderiam deixar o grupo a qualquer instante. Alguns recusaram-se a participar com medo de perder sua consulta, e aqueles que concordaram foram convidados a reunir-se num círculo a fim de formar um continente grupal que propiciasse o diálogo em meio à circulação de pessoas na sala de espera. Pela falta de assentos numa unidade, dois grupos permaneceram de pé.

Os grupos foram conduzidos pelo moderador a partir do roteiro com as perguntas disparadoras de discussão entre os participantes. A coleta foi registrada em áudio-gravações, posteriormente transcritas, e anotações de campo de moderador e observador. Foram realizados oito grupos, com três a nove integrantes, havendo 54 pessoas participando. Cada grupo teve duração média de trinta a quarenta minutos. Como os dois grupos-piloto não acarretaram alterações significativas no roteiro, foram considerados dentre os oito.

Análise do conteúdo

As narrativas foram tratadas pelo método de Análise de Conteúdo temática³⁷, seguindo as fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente, o *corpus* documental composto pelas transcrições e observações foi sistematizado e organizado segundo regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Da leitura das narrativas seguindo as dimensões do roteiro (percepção do SE e percepção do cuidado), os conteúdos afins que emergiram foram agrupados em categorias temáticas. Nos trechos das falas apresentadas, os participantes são identificados por “P” (participante) + número do participante + “G” (grupo) + número do grupo.

Aspectos éticos e financiamento

Esse estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UERJ e da SMS-RJ. Cada participante assinou e recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo seu anonimato preservado. Houve apoio do Edital CNPq Universal (no. 43137/2014-5), e de bolsas FAPERJ (TCT-5 E-26/102.610/2012) e CNPq (Doutorado 140379/2014-2).

Resultados

Analisando a percepção do paciente em relação ao SE e seu cuidado, emergiram as seguintes categorias gerais: 1) “Explicação do Sofrimento”; 2) “Comunicação do Sofrimento ao Médico”; 3) “Comunicação da Estruturação do Cuidado”; 4) “Comunicação do Sofrimento no Contexto Assistencial”. Uma quinta categoria transversal, denominada “Facilitadores e Barreiras ao Cuidado”, permeou as categorias 2, 3 e 4 e, portanto, será apresentada junto com as mesmas.

Explicação do sofrimento

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

Tá todo mundo com pressão alta, diabetes, os sintomas que eu tenho, todo mundo tem, por quê? Porque a vida tá muito complicada, financeiramente tá

todo mundo com problema. É filho desempregado, é filho doente [...] fico com a cabeça a mil [...], você não sabe o que vai fazer. Eu me sinto fraca do nada, eu caí no chão. Tudo no corre-corre da vida. (P1G7)

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

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

Caminham juntos. Você tando doente interfere no seu emocional. Isso daí ou vice-versa. (P1G1)

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

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

Comunicação do sofrimento ao médico

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

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

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

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

Não sou muito de falar com o médico, isso é um problema. Porque eu vou tratar de uma determinada coisa: exames, remédios. Aborrecimentos no trabalho que

me deixam alterado, me desgastam muito, eu não falo porque não levo meus problemas pessoais para determinada pessoa. Mas por ser um médico, podia me abrir. (P4G4)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comunicação na estruturação do cuidado

A forma como o tratamento é proposto estimula ou inibe a comunicação. Combinadas com a intervenção farmacológica, as recomendações de cunho

psicossocial, como fazer atividades prazerosas e fortalecer vínculos sociais, foram percebidas como ajuda pelos pacientes:

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

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

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

Quando estou muito ansiosa, agitada, nervosa, o médico: “Ah, vou passar um calmante pra você”. Só que ele não te dá espaço pra ele te perguntar porque você está nervosa, o que é que está fazendo você ficar assim desse jeito... Eles não dão esse espaço porque, se dessem, a gente iria até ficar melhor, né? Aí ia ser um conjunto. (P4G8)

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

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

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

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

Comunicação do sofrimento no contexto assistencial

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussão

Os relatos mostraram que os pacientes possuem modos discursivos singulares de explanarem sua experiência que configuram narrativas de adoecimento³⁸, nas quais sobressaiu-se a categoria “Explicação do Sofrimento”. Nessa categoria, os pacientes apresentaram modelos explicativos²⁸ em que não se limitam apenas a mencionar seus sintomas, mas os correlacionam com questões de cunho biológico, psicológico, social, cultural, e até espiritual, que atravessam na vida. A condensação de várias

dimensões da existência numa única experiência confere um caráter biopsicossocial totalizante à vivência humana, borrando as fronteiras corpo-mente. Assim, relatos de experiências que envolviam *pathos*, isto é, “sentimento direto e concreto de sofrimento e impotência, sentimento de vida contrariada”³⁹ (p. 96), mostraram que o SE afeta a normatividade vital³⁹, restringindo a capacidade de o paciente encontrar formas de enfrentamento de seu mal-estar e criar novas normas de viver. Esse fenômeno ajuda a entender a complexidade da apresentação sintomatológica do SE, que frequentemente reúne queixas físicas⁴ imbricadas com problemas psicossociais e, portanto, requer um cuidado integral³³ e sensível ao contexto de vida do paciente.

Enquanto a categoria “Explicação do Sofrimento” apontou que os pacientes sabem explicar seu SE de modo próprio, as categorias “Comunicação do Sofrimento ao Médico”, “Comunicação na Estruturação do Cuidado” e “Comunicação do Sofrimento no Contexto Assistencial” mostraram haver fatores que interferem entre a possibilidade de transmiti-lo e a obtenção da escuta médica – facilitando ou dificultando a comunicação do SE.

As narrativas desvelaram que o nível de gravidade do SE é uma condição que leva o paciente a expressá-lo espontaneamente. A atitude do médico em deixar o paciente à vontade para falar, sobretudo, sobre os problemas que o fazem sofrer também estimula a comunicação. Obter acesso à atenção médica diante das precárias condições dos serviços e da comunicação, além de ser um facilitador, gera impacto emocional positivo na autoestima do paciente. Assim, oferecer espaço para conversar sobre os aspectos psicossociais e apresentar uma atitude de acolhimento e aconselhamento são fatores que dinamizam a comunicação do SE.

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

Certas atitudes do médico também não favorecem a comunicação, como: demonstrar indisponibilidade para conversar ou perguntar ativamente sobre o SE, ou, quando o paciente chega a mencioná-lo, desviar do assunto, seja fazendo uma prescrição ou um encaminhamento para especialistas. Diante dessa distância semântica e da assimetria na RMP, o constrangimento do paciente em expor seus problemas soma-se à dificuldade de ser ouvido pelo profissional. As narrativas sugerem que, além de tratar a doença (*disease*), o médico não está preparado para disponibilizar uma escuta ampliada ao SE e comprometer-se com o cuidado ao adoecimento (*illness*)²¹ e, conseqüentemente, oferecer a atenção integral prevista nas diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica⁴⁰.

Embora a dimensão psicossocial do SE seja constitutiva dos modelos explicativos fornecidos pelos pacientes, não houve referência à atuação de outros profissionais da APS (enfermeiros, técnicos ou agentes comunitários), o que sugere que o cuidado é médico centrado. Se, de um lado, a percepção da centralidade da atenção médica pode ser indicativa da existência de uma perspectiva medicalizadora na legitimação do SE, por outro, destaca a responsabilidade desse profissional em desenvolver a integralidade do cuidado ao SE.

Apesar de no processo de cuidado haver basicamente duas pessoas – paciente e médico –, um terceiro agente interfere nesta relação: o serviço de saúde. As narrativas evidenciaram que a percepção do cuidado ao SE não depende apenas do que ocorre no microcosmo da RMP, envolvendo também a percepção sobre o macro contexto institucional. Parafraseando o psicanalista D. W. Winnicott⁴¹, as narrativas sinalizaram que o cenário dos serviços não configura um “ambiente suficientemente bom”. Em outras palavras, as condições de trabalho pressionam a atuação do profissional que se limita a examinar sintomas físicos sem investigar sua associação a afetos subjetivos, e realiza atendimentos nos moldes biomédicos, isto é, estritamente focados em doenças e sintomas, na oferta de intervenções farmacológicas e no encaminhamento a especialistas (quando a rede assistencial dispõe). Sendo desfavorável à comunicação, esse ambiente não oferece um espaço de diálogo e segurança que sustente o desenvolvimento de uma aliança terapêutica salutar entre médico-paciente, a partir da qual o paciente possa se expressar e encontrar novas soluções de enfrentamento para seu SE²⁷. Ao contrário, o contexto tumultuado mina a confiança do paciente no médico e perturba a RMP^{28,29}. Isso restringe a escuta médica e coíbe a expressão do SE, reiterando a convicção do paciente de que o profissional não está ali para falar do SE e o mesmo não é digno de ser compartilhado, o que pode acentuar o estigma²⁵ em torno da saúde mental e ainda agravar o adoecimento do paciente. Nessas condições, o próprio contexto assistencial dificulta a plena utilização dos serviços e torna-se uma barreira ao acesso que deveria disponibilizar.

Por sua importância, os fatores intervenientes na percepção do cuidado estão resumidos no Quadro 2.

Quadro 2. Facilitadores e barreiras do cuidado

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

Segundo as etapas de decisão de tratamento (apresentação dos sintomas, solicitação de informações por parte do médico e oferta de intervenção), a comunicação do problema ao médico é a base a partir da qual se estabelecerá o processo de cuidado²⁶. Entretanto, as narrativas indicaram que a interação entre o constrangimento do paciente em se expressar, a falta de preparo do médico para abordar o SE e o contexto

de sobrecarga dos serviços de saúde gera uma dinâmica que obscurece a comunicação do SE no momento seminal da consulta. Retroalimentando-se e intensificando-se umas às outras num ciclo vicioso, essas barreiras formam um *looping* antiterapêutico (Figura 1) extremamente pernicioso à saúde e, conseqüentemente, o potencial do acesso ao cuidado integral^{33,42} não se efetiva.

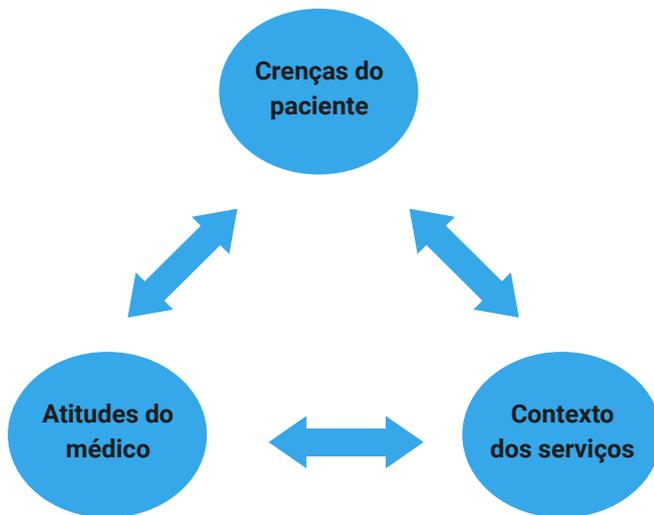


Figura 1. Dinâmica das barreiras em looping antiterapêutico

Implicações para o acesso à assistência

Conforme preconizado no campo da Saúde Mental Global¹³, a integração de ações de saúde mental na APS constitui diretriz para aumentar o acesso ao cuidado aos TMC⁶, incluindo o SE. Contudo, as narrativas analisadas neste artigo apontaram barreiras que ainda comprometem esse acesso. Por outro lado, conhecer tais obstáculos fornece subsídios para se nortear estratégias que atuem sobre as várias dimensões do acesso⁴³.

Recapitulando, as narrativas indicaram ser imprescindível viabilizar a comunicação do SE, o que exige a oferta de um espaço clínico-assistencial que facilite a RMP. Uma estratégia indispensável para possibilitar que a APS se torne um ambiente seguro para isso é melhorar as condições de trabalho, abordando tanto a dimensão organizacional⁴³ (relacionada à capacidade dos serviços de estabelecer fluxos e processos, regulação de vagas e articulação da rede de serviços para atender a demanda dos pacientes); quanto as dimensões política e econômico-sociais do acesso⁴³ (referentes àquelas que garantem pactuações e investimentos por nível de complexidade assistencial).

Outro fator indicado nas narrativas para aumentar a resolutividade do cuidado foi a necessidade de negociar terapêuticas congruentes com a perspectiva do paciente, incorporando a integralidade da experiência de SE e a compreensão hermenêutica do sentido que ele atribui ao SE⁴². Assim, outra estratégia é atuar sobre a dimensão simbólica do acesso⁴³ incluindo, no atendimento clínico, a visão do paciente e as características de seu contexto de vida, a fim de possibilitar um cuidado culturalmente

sensível e socialmente relevante¹⁸, e evitar que, em países LMIC como o Brasil, haja a propagação de pacotes de intervenções padronizadas que utilizem exclusivamente abordagens biomédicas que desconsideram o contexto local¹⁹.

Agir sobre a dimensão técnica do acesso⁴³ assegurando a construção de práticas baseadas na integralidade do cuidado³³ e intensificar as terapêuticas baseadas em tecnologias leves⁴⁴ é mais uma estratégia essencial na APS brasileira. Tais terapêuticas são muito utilizadas em intervenções psicossociais^{45,46} e envolvem abordagens relacionais e comunicacionais que, sem descartar a intervenção medicamentosa quando necessário, enfatizam a escuta ampliada, o diálogo e o fortalecimento da RMP, que por si já é uma ação terapêutica²⁷. Sendo assim, permitem ao médico explorar a complexidade da experiência do paciente e incorporá-la no ato de cuidar.

Pontos fortes e fracos

O maior mérito deste estudo é constituir uma investigação exploratória que produziu um conjunto de evidências narrativas sobre o SE e as barreiras a seu cuidado na APS. Outra virtude é informar sobre perspectivas culturais e modos discursivos locais de compreensão do SE para enriquecer abordagens de Saúde Mental Global¹⁴. Exemplificar que a abordagem narrativa pode ser usada tanto como estratégia de pesquisa quanto instrumento para potencializar o ato clínico é mais um destaque.

Dentre as limitações, pesquisar em sala de espera imediatamente antes do atendimento médico pode ter enviesado algumas informações fornecidas. E a interrupção da participação quando pacientes seguiram para atendimento dificultou a coleta de dados.

Considerações finais

Esta pesquisa explorou narrativas de pacientes sobre sua percepção do SE e do cuidado de saúde mental ofertado na APS, e constatou que eles apresentam uma visão integral do SE e, para comunicá-lo, enfrentam barreiras que limitam seu cuidado. Isso demonstra que a APS não está totalmente preparada para contemplar a quantidade de pessoas com SE que, frequentemente, recorrem a esse setor. Negar a comunicação do SE é negar a utilização plena dos serviços, logo, é negar o acesso à saúde.

Dialogando com o campo da Saúde Mental Global, e na esperança de minimizar o sofrimento humano, este trabalho apontou ações institucionais estratégicas para, no Brasil, nortear, na APS, a estruturação de um cuidado integral, culturalmente sensível e socialmente relevante.

Contribuições dos autores

Alice Lopes do Amaral Menezes trabalhou na concepção da pesquisa e do manuscrito, coleta, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, redação e revisão crítica do texto, e aprovação da versão final. Karen Athie trabalhou na concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, revisão do texto, e aprovação da versão final. Cesar Augusto Favoreto trabalhou na concepção da pesquisa e do manuscrito, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, revisão crítica do texto, e aprovação da versão final. Francisco Javier Guerrero Ortega participou da discussão dos resultados, na revisão crítica do texto, e aprovação da versão final. Sandra Fortes trabalhou na concepção da pesquisa e do manuscrito, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, revisão crítica do texto, e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Agradecemos os valiosos comentários de Laurence Kirmayer, Professor e Diretor da Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural da Universidade *McGill*, e de Danielle Groleau, Professora da Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural da Universidade *McGill*, autores do instrumento *McGill Illness Narrative Interview*, a partir do qual foi criado o roteiro de pesquisa utilizado neste trabalho.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(1):32-7.
2. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dorwick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica.* 2014; 30(3):623-32.
3. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model.* Londres: Routledge; 1992.
4. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS.* 2008; 11(3):285-94.
5. Guedes C, Nogueira M, Camargo KR Jr. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cienc Saude Colet.* 2006; 11(4):1093-103.
6. World Health Organization. *World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective.* Geneva: WHO, WONCA; 2008.
7. Üstun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study.* Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995.



8. Valentini W, Levavb I, Kohnc R, Mirandad CT, Mello AAF, Mello MF, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(4):522-8.
9. Goldberg D. Reasons for misdiagnosis. In: Sartorius N, organizador. *Psychological disorders in general medical settings*. New York: Hogrefe & Huber, WHO; 1990. p. 139-45.
10. Coyne JC, Schwenk L, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatr*. 1995; 17(1):3-12.
11. Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Oziris S, Silva JBT. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saude Publica*. 1987; 21(6):501-7.
12. Lyra M. Desafios da saúde mental na atenção básica. *Cad IPUB*. 2007; 8(24):57-66.
13. Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*. 2010; 303(19):1976-7.
14. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77.
15. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.
16. Patel V, Simon G, Chowdhary N, Kaaya S, Araya R. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLoS Med*. 2009; 6(10):e1000159.
17. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011; 378(9802):1592-603.
18. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry*. 2012; 49(2):149-64.
19. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcult Psychiatry*. 2014; 51(6):759-76.
20. Ortega F, Wescslau L. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(11):2255-7.
21. Helman C. *Cultura, saúde, doença*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
22. Kovandžić M, Chew-Graham C, Reeve J, Edwards S, Peters S, Edge D, et al. Access to primary mental healthcare for hard-to-reach groups: from “silent suffering” to “making it work”. *Soc Sci Med*. 2010; 72(5):763-72.
23. Laugharne R, Priebe S. Trust, choice and power in mental health: a literature review. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41(11):843-52.
24. Patel V, Araya R, De Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999; 49(11):1461-71.
25. Keeley RD, West DR, Tutt B, Nutting PA. A qualitative comparison of primary care clinicians’ and their patients’ perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. *BMC Fam Pract*. 2014; 15(1):13.
26. Karasz A, Dowrick C, Byng R, Buszewicz M, Ferri L, Olde Hartman TC, et al. What we talk about when we talk about depression: doctor-patient conversations and treatment outcomes. *Br J Gen Pract*. 2012; 62(594):e55-63.
27. Gonçalves D, Chazan L, Almeida N, Fortes S. Intervenções psicossociais na atenção primária à saúde. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani E, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 1189-99.



28. Hall M, Dugan E, Zheng B, Mishra A. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, does it matter? *Milbank Q*. 2001; 79(4):613-39.
29. Athié K, Dowrick C, Menezes ALA, Cruz L, Lima AC, Delgado PGG, et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(1):75-86.
30. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill illness narrative interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry*. 2006; 43(4):671-91.
31. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1090-6.
32. Favoreto CAO, Camargo KR Jr. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):473-83.
33. Mattos RA. Os sentidos da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8a ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009. p. 43-68.
34. Leal EM, Souza AN, Serpa OD Jr, Oliveira IC, Dahl CM, Figueiredo AC, et al. McGill entrevista narrativa de adoecimento: tradução e adaptação transcultural para o português. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(8):2393-402.
35. Souza AN, Rocha HA, Bastos DF, Gomes MK, Bollela VR. A narrativa de adoecimento e as práticas formativas na construção da realidade clínica. *Cad ABEM*. 2015; 10:47-57.
36. Barbour R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
37. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
38. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Book; 1988.
39. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense; 2009.
40. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
41. Winnicott D. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
42. Favoreto CAO. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, UERJ-ABRASCO; 2007. p. 213-29.
43. Assis M, Jesus W. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865-75.
44. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
45. Menezes ALA. *Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na atenção primária à saúde [dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.
46. Chiaverini D. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, CEPESC; 2011.



Global Mental Health authors advocate on the one hand, for increased access to mental health care, including the use of standardized interventions. On the other, patients' symptomatic expression of emotional distress hampers its identification by Primary Care professionals in Brazil. This affects the provision of care and demands culturally sensitive approaches. In order to understand patients' perception of their emotional distress and of the care provided in Primary Health Care, a narrative qualitative method was adopted, involving data collection in groups in waiting rooms and the use of a script based on the *McGill Illness Narrative Interview*. We performed content analysis and found out that restricting communication of distress is associated with limited access to care. To face this limitation, strategies are suggested to guide the structuring of care that is both comprehensive and culturally sensitive.

Keywords: Access. Care. Emotional distress. Global mental health. Primary Care.

Autores de la Salud Mental Global defienden, por un lado, el aumento del acceso a los cuidados de salud mental, incluso con el uso de intervenciones estandarizadas. Por el otro, en la Atención Primaria de la Salud en Brasil, la presentación sintomatológica del sufrimiento emocional por parte de los pacientes dificulta su identificación por parte de los profesionales, comprometiendo el cuidado y exigiendo un abordaje culturalmente sensible. Con el objetivo de conocer la percepción de pacientes sobre el sufrimiento emocional y su cuidado en la Atención Primaria, se adoptó el método cualitativo de abordaje narrativo, con colecta de datos en grupos en salas de espera y guion basado en el instrumento *McGill Illness Narrative Interview*. Las narrativas se trataron por Análisis de contenido y revelaron que limitar la comunicación del sufrimiento es negar el acceso al cuidado. Contraponiéndose a tal limitación, se señalaron estrategias para nortear la estructuración de un cuidado que sea integral y culturalmente sensible.

Palabras clave: Acceso. Atención Primaria. Cuidado. Salud mental global. Sufrimiento emocional.

Submetido em 15/11/17.

Aprovado em 14/06/18.