

Barreiras e facilitadores à integração dos serviços de depressão e tuberculose na rede de atenção primária no Brasil

Barriers and Facilitators to integrating depression and tuberculosis treatment in primary care in Brazil

Sweetland, A. C.,¹ Mann, C. G.,² Fernandes, M. J.,³ Silva, F. V. M.,⁴ Matsuzaka, C.,⁵ Cavalcanti, M.² T., Fortes, S.,⁴ Kristki, A.,⁶ Ambrósio, J. C. O.⁷, Wainberg, M. L.¹

¹Columbia University / New York State Psychiatric Institute

²Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ)

³Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí / Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT)

⁴Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

⁵Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

⁶Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

⁷Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí

DADOS DOS AUTORES**Annika C. Sweetland**

Columbia University / New York State Psychiatric Institute

E-mail: acs2124@cumc.columbia.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1727-6316>

Claudio Gruber Mann

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ)

E-mail: cgmamm@ipub.ufrj.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2936-8506>

Maria José Fernandes

Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí / Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT)

E-mail: enf.zeze@bol.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9727-5016>

Fátima Virgínia M. Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

E-mail: fatimavirginiams@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7843-6638>

Camila Matsuzaka

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

E-mail: camilamatsuzaka@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2932-6659>

Maria Tavares Cavalcanti

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ)

E-mail: mariatavarescavalcanti@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1872-4210>

Sandra Fortes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

E-mail: sandrafortes@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9918-1555>

Afranio Kritski

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

E-mail: kritskia@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5900-6007>

Júlio César O. Ambrósio

Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí

E-mail: gabinete.saude@itaborai.rj.gov.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0942-4972>

Milton L. Wainberg

Columbia University / New York State Psychiatric Institute

E-mail: mlw35@cumc.columbia.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9390-4652>

RESUMO

Os transtornos mentais podem afetar até 70% dos indivíduos com tuberculose (TB). A Organização Mundial da Saúde (OMS), como estratégia para o fim da TB, exige a integração do seu tratamento com a saúde mental. O objetivo deste estudo foi explorar as barreiras e facilitadores para integrar serviços de saúde mental no Programa de Controle de Tuberculose (PCT) e em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Itaboraí – Rio de Janeiro, com a aplicação do Aconselhamento Interpessoal (AIP). O AIP é um tratamento para depressão baseado em evidências que pode ser aplicado por não especialistas em saúde mental com supervisão especializada. Seis grupos focais foram realizados entre 2016 e 2017 no município de Itaboraí. A amostra (n=42) incluiu profissionais de saúde (n=29), coordenadores de programas (n=7) e pacientes com TB (n=6). Os grandes desafios encontrados foram: pobreza, instabilidade política, um sistema de saúde sobrecarregado e com poucos recursos, alta frequência de estresse entre os profissionais, violência na comunidade e estigma relacionado à saúde mental e à TB. Os facilitadores potenciais incluíram uma grande receptividade e demanda para capacitações em saúde mental; boa relação com a comunidade pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e; aceitação geral do AIP aplicado por não especialistas em saúde mental para o tratamento de depressão em pessoas com e sem TB. Apesar de muitos desafios, integrar o tratamento de depressão na atenção primária de Itaboraí aplicando o AIP foi percebido como uma alternativa aceitável e factível.

Palavras chaves: *Tuberculose; Depressão; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde*

ABSTRACT

Mental disorders can affect up to 70% of individuals with tuberculosis (TB). The World Health Organization (WHO) End TB Strategy explicitly calls for TB and mental health service integration. The goal of this study was to explore the barriers and facilitators to integrating depression treatment in the TB Control Program and primary care system in the municipality of Itaboraí - Rio de Janeiro, using Interpersonal Counseling (IPC). IPC is an evidence-based treatment for depression that can be delivered by non-mental health specialists with expert supervision. This study was conducted between 2016 and 2017 in the municipality of Itaboraí. Data collection consisted of six focus groups (n = 42) with health professionals (n = 29), program coordinators (n = 7) and TB patients (n = 6). The main potential barriers identified were poverty, political instability, an overburdened and under-resourced health system, high levels of distress among professionals, violence in the community and stigma related to mental health and TB. Potential facilitators included a high receptivity to, and demand for, mental health training; strong community relationships through the Community Health Workers (CHW); overall acceptability of IPC delivered by non-specialists for the treatment of depression among individuals with and without comorbid TB. Despite many challenges, integrating depression treatment into primary care in Itaboraí using IPC was perceived as an acceptable and feasible option.

Key words: *Tuberculosis; Depression; Mental Health; Primary Health Care*

Fontes de Financiamento

Este estudo foi financiado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos EUA (*K01* MH104514; PI: *Sweetland*).

Colaboradores

Annika Sweetland atuou na concepção e desenvolvimento do estudo, na análise dos dados e na redação e revisão do artigo. Claudio Gruber Mann colaborou na concepção e desenvolvimento do estudo, na análise dos dados e na redação e revisão do artigo. Maria José Fernandes facilitou a coordenação do estudo para a análise dos dados, redação e revisão do artigo. Fátima Virgínia M. Silva e Camila Matsuzaka colaborou na análise dos dados e na redação e revisão do artigo. Maria Tavares, Afrânio Kristki, Sandra Fortes, Júlio Ambrósio e Milton Wainberg colaboraram na redação e revisão do artigo e todos autores aprovaram a versão final.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer aos profissionais das equipes do Programa de Controle de Tuberculose e das Unidades de Saúde da Família de Visconde e de Sapê do município de Itaboraí, no Estado do Rio de Janeiro, pela colaboração e participação durante a pesquisa.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é a principal causa infecciosa de morte globalmente,¹ e o Brasil é um dos 30 maiores países com maior carga de TB. Os transtornos mentais podem afetar até 70% dos indivíduos com TB^{3,4} e é um fator de risco significativo para atrasos na busca de diagnóstico, baixa adesão, falência e abandono do tratamento, até morte.⁵ A Organização Mundial da Saúde (OMS), como estratégia para o fim da TB entre 2015 e 2035, exige a integração do tratamento da TB e da saúde mental.⁶

No Brasil, a proporção estimada de indivíduos com depressão, ansiedade e condições psicossomáticas na atenção primária é mais que a metade,⁷ no entanto, a maioria desses indivíduos não tem acesso ao tratamento.^{8,9} Um estudo recente apontou uma prevalência de depressão em 7,9% da população geral; desses pessoas, 78,8% não receberam nenhum tipo de tratamento e 14,1% receberam apenas tratamento medicamentoso.¹⁰ A alta prevalência e o acesso limitado ao tratamento da depressão são agravados pela baixa procura ao diagnóstico e tratamento por indivíduos afetados.¹¹

No Brasil, o Estado do Rio de Janeiro (RJ) tem a segunda maior incidência e a maior taxa de mortalidade por TB no país.¹² O município de Itaboraí é um dos 13 municípios prioritários para a TB no Estado. Antes da descentralização e organização da atenção primária em 2002, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Itaboraí tinha indicadores de abandono em torno de 17,3%;¹³ depois foi reduzido para 3,9%.¹⁴ Porém, a partir de 2008, o abandono voltou a crescer com um percentual de 6,9%, chegando a atingir, em 2010, 14,7%. Este aumento ocorreu nas Unidades de Saúde da Família (USF)¹⁵ devido a inúmeras mudanças políticas, tendo como principais consequências: a instabilidade na contratação dos profissionais, a irregularidade no pagamento dos salários, a redução de pessoal nas equipes de Saúde da Família e a diminuição de recursos na área da saúde, dentre outras dificuldades.

Em Itaboraí, os serviços de saúde mental são prestados por meio de um ambulatório hospitalar, um pronto-socorro psiquiátrico e cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, a maioria dos serviços está localizada no centro da cidade e não são facilmente acessados pela comunidade. Em 2015, dos 46 especialistas em saúde mental em Itaboraí (psiquiatras, psicólogos ou enfermeiros psiquiátricos), apenas um (2%) foi alocado em uma unidade de atenção primária próxima à comunidade.¹⁶ A OMS e o Ministério da Saúde do Brasil reconhecem que a formação de profissionais da atenção primária para identificar e tratar transtornos mentais é a estratégia mais viável para aumentar o acesso ao tratamento em saúde mental no Brasil.^{17,18}

O Aconselhamento Interpessoal (AIP) é um tratamento baseado em evidências para a depressão que pode ser aplicado por não especialistas em saúde mental, desde que estes recebam supervisão de profissionais especializados.¹⁹ Em um estudo recente realizado em São Paulo, profissionais de uma USF foram capacitados para oferecer o AIP na atenção primária: 25,6% dos

participantes obtiveram uma redução de sintomas maior que 50% e 28,2% obtiveram remissão completa dos sintomas. Embora sejam necessárias mais pesquisas a respeito, essa sugere que AIP pode ser uma maneira aceitável, viável, eficaz e econômica de melhorar o acesso ao tratamento da depressão na atenção primária no Brasil.²⁰ O objetivo deste estudo foi explorar as barreiras e facilitadores para integrar o tratamento de depressão com a aplicação do AIP no Programa de Controle de TB e em duas USF do município de Itaboraí.

MÉTODOS

Este estudo qualitativo foi realizado entre setembro de 2016 e outubro de 2017 no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. O estudo foi conduzido em parceria com a Universidade de Columbia/Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova Iorque (NYSPI) e a Secretaria Municipal de Saúde e o PCT de Itaboraí. Os protocolos foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova Iorque, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP).

A coleta de dados consistiu em 6 grupos focais (GF) com uma amostra intencional representando profissionais de saúde, coordenadores de programas e pacientes com TB atual ou TB no passado. Os GF tinham entre 5 e 10 participantes e tiveram duração entre 60 a 90 minutos. Todas as sessões foram gravadas em áudio e transcritas literalmente. As questões abertas incluíam o grau em que a TB e a depressão foram consideradas como problemas, o papel da estigmatização relacionada à TB e à saúde mental e as barreiras e facilitadores para integrar os serviços de saúde mental nos cuidados de TB no nível da atenção primária. Dada a natureza exploratória do tema, utilizamos uma abordagem narrativa para codificar e analisar os dados dos GF.²¹ Todas as transcrições foram revisadas por três autores, codificadas para a análise do conteúdo e discutidas para concordância. Os resultados foram classificados como facilitadores ou barreiras e esperados e não esperados.

Amostra

A amostra final consistiu em 6 GF (n=42), sendo 4 GF com profissionais de saúde de USF diversas (n=29); 1 GF com coordenadores de programas (n=7) e 1 GF com usuários do PCT com TB naquele momento ou no passado (n=6). Dos 42 participantes, 32 eram do gênero feminino e 10 do gênero masculino. Além de 7 coordenadoras de programas, participaram nos grupos de profissionais: 4 médicos, 3 enfermeiros, 1 técnica de enfermagem, 19 agentes comunitários de saúde (ACS) e 2 recepcionistas.

Cenário

Itaboraí é uma cidade localizada na área metropolitana do Estado do RJ e possui uma população estimada em 218.000 habitantes, com uma densidade demográfica de 506,56 habitantes

por km².²² Em 2017 foram identificados um total de 149 casos de TB, com uma proporção de cura e de abandono de 68,5% e 10%, respectivamente.²³ Durante a realização do estudo, Itaboraí estava experimentando um momento de crise política e econômica. No ano anterior à coleta de dados, uma refinaria de petróleo (Complexo Petrolífero - COMPERJ) situada no município envolveu-se em escândalos políticos que levaram ao seu fechamento e, como resultado, dezenas de milhares de moradores de Itaboraí perderam seus empregos. Durante o período de coleta de dados, a presidenta da República sofreu um impeachment, o município de Itaboraí experimentou três mudanças na liderança da Secretaria de Saúde e os trabalhadores da saúde em todo o Estado do RJ ficaram sem pagamento por quase cinco meses.

RESULTADOS

Houve concordância unânime entre os participantes dos GF de que há uma grande necessidade de serviços de saúde mental em Itaboraí, não apenas para pessoas com TB, mas para toda a população. Necessidades crescentes de saúde mental foram atribuídas aos altos níveis de pobreza e desemprego, instabilidade política e violência no território. O sistema de saúde de Itaboraí não tinha recursos suficientes e os serviços insuficientes levaram a elevada frequência de esgotamento e estresse entre os profissionais de saúde. Dito isto, surgiram diversos fatores favoráveis e positivos como facilitadores em potencial para a integração do tratamento de depressão na atenção primária, entre eles: uma grande receptividade e demanda para capacitações em saúde mental; bom relacionamento e proximidade com a comunidade pelos ACS e aceitabilidade geral da intervenção proposta.

Barreiras

Os grandes desafios para a integração do tratamento da depressão na rede de atenção primária foram questões relacionadas à pobreza, fatores políticos, sobrecarga de trabalho e alta frequência de estresse entre os profissionais de saúde, violência na comunidade e estigma relacionado à saúde mental e à TB.

Pobreza e acesso limitado ao tratamento

Vários participantes referiram um número crescente de casos de depressão no território devido às questões socioeconômicas, desemprego (do COMPERJ), violência e tráfico de drogas na região:

“Tem muita gente desempregada, porque a COMPERJ era aqui próxima, então ficou muita gente sem emprego, então está numa situação muito complicada financeiramente, muitos filhos, as pessoas aqui têm muitos filhos,

peças novas. Então assim, você vê um nível de depressão, justamente assim, pela situação financeira.” (Profissional de saúde, feminina)

“Então é muita crise financeira, aqui é muito grande, então as pessoas, tem muita gente miserável, não são pobres, tem uns miseráveis que necessitam de um apoio financeiro e acaba não tendo, entrando em depressão.” (Profissional de saúde, feminina)

Frente a uma necessidade significativa, existe um acesso muito limitado ao tratamento especializado em saúde mental:

“A dificuldade de ser atendida, de receber atenção fora daqui. Até aqui a gente chega, a gente conversa, mas enviar essa pessoa pra fora é o maior transtorno, porque assim, conseguir uma consulta, um atendimento, conseguir uma receita, só Jesus. Então é, assim, muito complicado.” (Profissional de saúde, feminina)

“Às vezes a gente encaminha, e a gente sabe que o município está encharcado de pacientes e que os profissionais não dão conta, eu acho que pra dar conta de todo mundo que tem depressão hoje, a gente contratar um batalhão de psiquiatra e de psicólogo e de, né, e que se a gente parar para avaliar de pertinho, de pertinho, de pertinho mesmo, todos nós, eu acho, que em algum momento a gente teve ou vai ter depressão em algum momento...” (Profissional de saúde, feminina)

Fatores políticos e falta de pagamento

Uma das barreiras apontadas pela maioria dos participantes dos GF foi o contexto político e econômico pela qual estava passando o município de Itaboraí. Devido à crise econômica, após o fechamento do COMPERJ, muitas pessoas ficaram desempregadas e a crise também afetou o setor da saúde. Muitos profissionais da rede de atenção primária à saúde ficaram sem receber seus salários integralmente, bem como os serviços deixaram de receber insumos e contratar pessoas para completar suas equipes.

“Aí é que eu digo, tá tirando dinheiro de onde pra vir trabalhar? Tem a turma que está três para quatro meses e tem a turma que está com salário atrasado, não receberam agosto. Entendeu? Aí é tal história, vai tirar dinheiro de onde para vir trabalhar? Eu tenho outro emprego, só que meu outro emprego não

é para vir para cá. Tem essas coisas, então quando você junta isso tudo a conjuntura não é favorável. Boa vontade existe, mas... O desespero está batendo nas pessoas.” (Profissional de saúde, feminina)

Equipes incompletas e sobrecarga de trabalho

Outra barreira comum foi a carga de trabalho; em Itaboraí, muitas equipes ficaram incompletas e isso só gerava profissionais sobrecarregados:

“A maioria das equipes das USF estão incompletas. Se você for analisar friamente e vocês for olhar pelos PSF do município eu tenho certeza que não tem um único que tem uma equipe completa como tem que ser. Equipe capenga tem aos montes, um monte de PSF sem médico...” (Profissional de saúde, feminina)

“Eu acho que se a gente for encarar tudo como aumento de trabalho, a gente não vai fazer mais nada, porque a gente está sobrecarregada. Qual profissional hoje que não está sobrecarregado? Eu não conheço nenhum que não esteja. Que não tenha 2 empregos, ainda vai acumular a função de mãe, de dona de casa, esposa, né. Então assim, se a gente for pensar como mais um acúmulo de trabalho, ninguém vai topa fazer o trabalho, eu acho que a gente tem que ver as coisas como tudo na vida, pelo lado positivo...” (Profissional de saúde, feminina)

Soma-se à falta de profissionais nas equipes de trabalho, a rotatividade existente entre os mesmos:

“Na minha equipe por exemplo eu estou sem cinco ACS, então assim, a questão é que foram mandados embora, em 2016 foram dois que não foram colocados. Teve concurso, entraram outras pessoas, mas assim, teve transferência e depois de um período as pessoas começaram a pedir transferência para serviços mais próximos de suas residências, é óbvio, e aí enquanto supervisora você não vai segurar aquela pessoa ali, entendendo que para ela fica muito melhor e a proposta da estratégia é essa, que o ACS atue na sua área de moradia. Então eu tenho esse desfalque aí de cinco ACS. Então assim, isso seria uma barreira (a integração de serviços para depressão).” (Profissional de saúde, feminina)

Alto nível de estresse entre os profissionais de saúde

Outro tema que emergiu como uma potencial barreira foi o alto nível de estresse entre os profissionais de saúde. Estes profissionais moram no mesmo território com problemas relacionados à violência e ao tráfico de drogas. A sobrecarga de trabalho aliada a violência crescente no território afetaria a saúde mental desses trabalhadores, o qual foi apontado como desafio:

“Todos me conhecem mas ninguém percebe... eu também estou entrando num quadro de depressão, mas o meu médico falou pra mim, pra eu procurar um neuropsiquiatra, mas assim, eu coloco Deus na frente e não aceito isso.... Eu estou há um ano sem assistir televisão, há um ano sem sair pra dançar, que são as coisas que eu faço, quer dizer, eu sei que todos os sintomas que eu estou falando aqui, é de depressão.” (Profissional de saúde, feminina)

“Se eu tô doente na minha equipe, ninguém percebe que eu estou doente, e as pessoas não te ajudam do seu próprio grupo, muitas vezes. Porque não percebem que você está adoecendo e não te ajudam, não percebe que você está doente.” (Profissional de saúde, feminina)

“Alguma coisa, algum tipo de intervenção para dar um suporte emocional para as equipes, por que vamos dizer assim, por que falta. Não tem, em lugar nenhum...” (Profissional de saúde, feminina)

Violência e vulnerabilidades no território

Alguns participantes apresentaram como uma questão difícil para o trabalho o aumento da violência no território, o que vem contribuindo para o aumento do adoecimento das pessoas:

“A questão da violência está fazendo é... tantas pessoas ficarem doentes, pais ficarem doentes, primeiro são pessoas que a gente conhece que passaram a tomar [medicações psiquiátricas] porque os filhos foram presos ou então, no meio né. Então assim, isso é complicado para a gente.” (Profissional de saúde, feminina)

No cotidiano de trabalho dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família é frequente a exposição a situações de violência que, em sua maioria, se localizam nos territórios mais vulneráveis:

“Quando a minha enfermeira começou a falar da violência na [área]... meus olhos encheram d’água porque meu genro teve que ir embora, ele é policial. A rua que eu trabalho está terrível... teve dia que eu tive que ir trabalhar 10h da

manhã, eu tive que vir correndo para a unidade porque não tem onde passar.”
(Profissional de saúde, feminina)

Uma profissional refere a preocupação com o risco de ter medicamentos controlados na USF por falta de estrutura da equipe para o trabalho e de precárias condições de funcionamento da unidade:

“O posto não tem estrutura pra manter uma medicação (psicotrópicos) dessas aqui dentro. Claro que não... porque é sério, se sabem amanhã ou depois sabem que aqui tem “psicotrópicos”, no dia seguinte você não tem portas aqui dentro mais... as pessoas vão arrombar e vão roubar aqui, isso vai virar uma bagunça...” (Profissional de saúde, feminina)

Estigma Social da TB e da Saúde Mental

Ao serem questionados sobre como a TB afetava a vida das pessoas, a maioria dos participantes respondeu que a TB ainda provoca reações de preconceito, principalmente em quem não possui informações sobre suas formas de transmissão e tratamento:

“Acho que desde que a pessoa tem diagnóstico de tuberculose é um medo do preconceito, muitas até hoje tem preconceito com o ‘tuberculoso’ e até a pessoa chegar ao tratamento, ao esclarecimento, há esse medo de uma situação nova, que a pessoa vai achar que acaba passando... Aí vê que não é esse bicho papão, então num primeiro momento a pessoa acaba tendo medo.”
(Profissional de saúde, feminina)

Assim como o estigma e preconceito da TB, a saúde mental também gera este tipo de desconforto e situação:

“Existe (preconceito). Chama a gente de maluco... todo mundo chama. Isso daí é ou não é? É maluca... faz tratamento de coisa, toma Diazepam, toma não sei o que, é doido! Toma remédio de tarja preta. Não tem jeito!” (Usuária do PCT, feminina)

O diagnóstico positivo para TB agrava ainda mais o estigma e o preconceito sofridos pelo indivíduo:

“Se o cara já tem o estigma de estar com TB, mas quando se fala que o cara tem um transtorno mental, seja ele qual for, aí que o preconceito piora muito mais... é 1000 vezes maior, porque ninguém quer estar deprimido de fato, usando medicamento para tratar.” (Coordenadora de Programa, feminina)

A comorbidade entre TB e depressão agrava a resistência à busca de tratamento em saúde mental, especialmente com um psiquiatra:

“Se a pessoa com TB não conseguiu lidar bem com o diagnóstico e desenvolveu um quadro depressivo, se ela tem preconceito com alguma ação de saúde mental? A maioria tem, tá! Tanto que a minha primeira fala é assim: ‘Vou te encaminhar para o psicólogo...’ ‘Não, mas assim, eu não sou doido’. ‘Olha, mas eu não tô te mandando pro psiquiatra, eu estou te mandando para o Psicólogo, não é pra tomar remédio, é pra conversar’ e, mesmo assim, muitos não querem.” (Profissional de saúde, feminina)

“A gente vê que tem a negação... A pessoa recebe o exame (de TB), dá positivo, aquele escarro que você fez com esfregaço e está confirmado que é TB e a pessoa nega, a gente percebe... Quanto mais essa delicadeza de identificar que a pessoa tem um histórico depressivo. ‘Quem foi que te disse?’; ‘Ah, mas a senhora é médica! Onde tá escrito, o que eu fiz pra dizer que eu tenho depressão?’. Então eu acho que a aceitação é bastante complicada, a identificação também (...) E ainda mais se você disser pra ele que ele precisa de uma orientação psicológica.” (Profissional de saúde, feminina)

Facilitadores

A despeito das inúmeras barreiras e dificuldades encontradas encontramos também diversos facilitadores para a ampliação dessa rede. Entre os principais, incluíam uma grande receptividade e demanda para capacitações em saúde mental; bom relacionamento e proximidade com a comunidade pelos ACS; aceitabilidade geral de profissionais de todo nível (incluindo o ACS) em aplicar a intervenção.

Receptividade e demanda para capacitações em Saúde Mental

Os profissionais da Atenção Primária apresentaram uma grande receptividade para as capacitações em saúde mental:

“A gente vinha com vontade, com prazer, a gente gosta disso (capacitações). Por que a gente sente essa necessidade de estar melhor capacitado para poder ir na casa, até porque gente é um prazer para gente e é uma oportunidade que a gente tem que abraçar com unhas e dentes, da pessoa abrir a porta da casa, às vezes não tem sofá, mas a pessoa diz senta aqui

perto de mim na cama, e vamos conversar... Senta aqui nesse banquinho e vamos conversar... Não é pra médico, enfermeiro, não é pra técnico não, mas dá pra gente (ACS). Então desde o momento que a gente entra nessa casa a gente tem que aproveitar essa oportunidade e quanto mais eu souber, mais eu vou ajudar essa família.” (Profissional de saúde, feminina)

A integração de serviços de saúde mental com serviços de Atenção Primária também foi vista como uma maneira potencial de melhorar a prevenção primária e reduzir os encaminhamentos:

“Eu acho interessante porque é mais uma ferramenta para a gente combater né, o fluxo que a gente tem na neurologia, na psiquiatria. Então se o paciente ele é moderado ou leve, ele vai chegar ao estágio de grave porque vai precisar de um medicamento e vai precisar de um neurologista. Então eu acho que, acho não, tenho certeza que o posto de saúde ele foi feito para desafogar né, o montante de gente que vai para o hospital combater o programa estratégico Saúde da Família. É uma ferramenta importantíssima para gente combater na raiz.” (Profissional de saúde, masculino)

Abordar a saúde mental dos pacientes também foi visto como uma maneira possível de facilitar o trabalho:

“Eu acho que é uma questão de mais trabalho inicial. Mas uma vez que a roda gira, não deixa de ser mais trabalho por que você já tem gente, digamos assim, aquele paciente que te dava inicialmente mais trabalho ele fica tão bem depois que ele deixa de ser trabalho e aí o que inicialmente era muito, depois fica pouco.” (Profissional de saúde, feminino)

Bom relacionamento e proximidade com a comunidade

O fato dos ACS pertencerem ao território que circunscreve o serviço de saúde também facilitaria a comunicação com a comunidade e seus cadastrados:

“O importante é, como elas estão falando aí, é... às vezes eles conversam melhor com a gente do que com os próprios familiares, e isso é muito importante, eles não tem uma conversa amigável dentro de casa, então às vezes a gente não tem que tratar diretamente com o paciente assim, é, auxiliar na família, para que a família apoie aquele paciente, então não adianta a gente focar no paciente ‘Olha você tem que tomar...’. A gente tem que procurar os familiares, com a família para que eles ajudem o paciente,

porque sem a ajuda deles é complicado, é mais difícil, porque eles estão ali o tempo todo.” (Profissional de saúde, masculino)

Esse relacionamento também permite que os ACS possam transitar no território para realizar as visitas domiciliares, apesar do aumento da violência:

“Eu na realidade é assim, realmente tudo isso que está acontecendo, mas eu não tenho problema com a minha área porque, na realidade o pessoal me conhece. Então eu entro uniformizada, pode passa dia, pode ficar dia...”
(Profissional de saúde, feminina)

Aceitabilidade de profissionais de todos os níveis para aplicar a intervenção com supervisão

Em todos os GF, a ideia da implementação de uma nova intervenção em saúde mental foi bastante aceita. Muitos citaram os ACS como os profissionais não especialistas em saúde mental que poderiam aplicar tal intervenção, mas somente com a presença de um especialista em saúde mental para as supervisões:

“Eu acho que talvez tivesse uma boa aceitação do paciente.... (O) maluco vai para o psiquiatra e não pode ser tratado pelo ACS né?! Então eu acho que provavelmente com a gente (ACS) teriam uma aceitação melhor do que encaminhar para um especialista. Acho que eles (os ACS) conseguiriam manejar aquele paciente até para mandar para o especialista, se precisar, mas vamos dizer assim por que quem faz o acompanhamento são eles e vamos dizer assim, o paciente confia neles, já criou um vínculo.” (Profissional de saúde, feminina)

“Se for capacitado desde cedo, eu acho que é válido. Porque se a pessoa é capacitada, aí tem o conhecimento, aí vai explicar, vai fazer a pessoa entender o que é aquilo...” (Usuária do PCT, feminina)

DISCUSSÃO

O consenso entre os coordenadores de programas, profissionais de saúde e pacientes foi de que havia uma grande necessidade de tratamento para depressão em Itaboraí, não só para pessoas com TB, mas para toda a comunidade. Isso significa que, embora o estudo tenha sido, inicialmente, focado em pacientes diagnosticados com TB e depressão, logo percebemos que as demandas poderiam ser facilmente aplicadas aos cuidados primários em geral. Embora existam serviços especializados em saúde mental em Itaboraí e no Brasil, esses serviços geralmente estão localizados

no centro do município e, muitas vezes, priorizam os transtornos mentais graves. Isto, combinado com longas listas de espera, significa que pessoas com transtornos leves a moderados, frequentemente, não recebem tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso. A integração de serviços de saúde mental na atenção primária no Brasil surgiu como uma estratégia promissora para ampliar o acesso ao tratamento e melhorar os resultados do cuidado em saúde mental.^{20,24,25}

Um dos achados mais surpreendentes e encorajadores desse estudo foi que, apesar de consideráveis desafios, observamos que também havia uma forte receptividade à ideia de capacitar profissionais da atenção primária para aplicarem o AIP nos seus serviços. Isso foi visto, não apenas como uma oportunidade para reduzir os encaminhamentos no contexto de um sistema de saúde sobrecarregado e com serviços especializados limitados, mas também para prestar cuidados mais próximos à comunidade, o que é consistente com achados de outras pesquisas no Brasil.²⁵ Este oferecimento de mais capacitações na área da saúde mental mostrou-se necessário como uma ampliação de ferramentas das equipes das USF em abordar o cuidado em saúde mental.²⁶

Houve também uma aceitação geral da ideia de formar profissionais de todos os níveis (especialmente ACS) para identificar e tratar depressão usando o AIP. Dados qualitativos da aplicação de AIP por ACS em um bairro periférico da cidade de São Paulo também descreveram a aceitabilidade nos discursos dos profissionais associados a relatos de crescimento pessoal.²⁷ Dado o modelo de extensão dos serviços de atenção primária no Brasil, a forte confiança entre a comunidade e os ACS foi vista como uma vantagem distinta para tal abordagem nesse contexto. Eles têm um papel importante no acolhimento, pois são membros da equipe que fazem parte da comunidade, o que ajuda a criar tal confiança e reforçar o vínculo, facilitando o contato direto com a equipe da unidade.²⁸ Os ACS também apresentam menos rotatividade nas equipes das USF que outros profissionais, o que facilita a manutenção daqueles profissionais capacitados, sem necessidade constante de novas capacitações.

Quando solicitados a especificar quais estratégias de implementação provavelmente prefeririam para pessoas em tratamento de saúde mental em suas comunidades, a resposta consistente foi “depende do paciente”. Em outras palavras, a concordância em todos os GF foi que nenhuma estratégia de implementação seria ideal para todos os indivíduos (“um tipo serve para todos”); em vez disso, um programa ideal usaria uma abordagem centrada no paciente, na qual o tipo e o formato da intervenção em saúde mental são adaptados às necessidades e preferências do indivíduo e às possibilidades da equipe.

Um grande desafio a ser destacado foi a necessidade de intervenções de autocuidado e prevenção da Síndrome de Burnout (SB) entre os profissionais de saúde. Apesar da natureza relativamente neutra das perguntas, depoimentos emocionados, inclusive seguidos de choro, apareceram em quase todos os GF com os profissionais. Pesquisas recentes sugerem que os

profissionais de atenção primária no Brasil, especialmente os ACS, correm um risco grande de SB e depressão dado sua proximidade com os problemas das comunidades e desafia a satisfação das necessidades da comunidade devido aos recursos limitados e às difíceis condições de trabalho.^{29,30,31} A SB tem recebido atenção mundial como um fenômeno ocupacional e não como uma condição médica, sendo resultado do estresse crônico sofrido no local de trabalho.³² Claramente, qualquer esforço para integrar os serviços de saúde mental na atenção primária precisará de elementos de prevenção e autocuidado da SB. Tais intervenções podem incluir o treinamento de supervisores/gerentes para fornecerem um feedback e a criação de estratégias para aumentar a autonomia e o apoio social no ambiente de trabalho.³¹

A estratégia de capacitar profissionais da atenção primária para tratarem a depressão é consistente com as melhores práticas recomendadas pela OMS³³ e pela estratégia brasileira em saúde mental.^{16,34} De fato, todo o sistema de saúde brasileiro é baseado em um modelo de “matriciamento”, uma abordagem descentralizada para saúde e cuidados com a saúde mental, na qual a maior parte da promoção e prevenção ocorre no nível comunitário, com profissionais capacitados (como os ACS) servindo como elo de ligação entre a comunidade (residências), postos avançados de atenção primária (local) e serviços especializados (centralizados). Com base neste modelo, equipes de especialistas, conhecidas como Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem por objetivos auxiliar e colaborar no matriciamento dos casos de saúde mental, encaminhando aqueles casos mais graves para os serviços especializados, reduzindo o trabalho de referência e servindo como um suporte para a equipe de atenção primária no atendimento dos casos mais simples.³⁵ Embora a infraestrutura dos NASF ainda não esteja totalmente estabelecida em Itaboraí, isso sugere que, se o piloto da implementação proposta for bem-sucedido, há uma estrutura natural no sistema de saúde brasileiro que apoia a sua sustentabilidade, em que os profissionais locais oferecem tratamento com supervisão clínica pelas equipes do NASF. Este modelo faz parte do sistema público de saúde brasileiro, sendo principalmente de base comunitária, com presença cada vez menor de hospitais psiquiátricos, apoiado por atendimento ambulatorial para um modelo de serviços substitutivos, como os CAPS.³⁶ Essas ações se desenvolveram no movimento da reforma psiquiátrica brasileira e visam também combater o estigma e o preconceito, desmistificando o cuidado em saúde mental junto à população.

Os GF também trouxeram um ainda existente preconceito contra indivíduos portadores tanto de TB quanto de transtorno mental. O medo em cuidar de pessoas com TB e/ou depressão, bem como a falta de experiência em lidar com essa população, colaboram para o aumento do estigma e do preconceito. É sabido que melhorar o conhecimento sobre as doenças infecciosas traz benefícios como redução na demora em buscar tratamento e menor estigma social para as pessoas afetadas. Nesse sentido, a educação e o conhecimento são ferramentas essenciais que possibilitam desmistificar

tanto a TB quanto o transtorno mental e podem ser utilizadas por meio de livros, folhetos, palestras, vídeos e o serviço oferecido na comunidade.³⁷

Apesar de ainda existirem muitas barreiras e dificuldades em integrarmos o cuidado em saúde mental na atenção primária em Itaboraí, também existe uma boa aceitação dos usuários e a disponibilidade dos profissionais para que isso aconteça. A identificação e o tratamento de casos leves a moderados de depressão na atenção primária podem aumentar drasticamente o acesso ao tratamento de saúde mental em locais, como Itaborai, que são geograficamente espalhados e sobrecarregados. No entanto, ao fazê-lo, é essencial que sejam criados apoios para abordar também a saúde mental dos trabalhadores. Mais estudos de implementação na atenção primária são necessários para que o cuidado dos profissionais e a assistência à população possam ser feitos, cada vez mais, de forma integral, universal e com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. 2017 Global Tuberculosis Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde. Volume 50, Nº 09, Mar. 2019.
3. Doherty, AM; Kelly, J; McDonald, C; O'Dywer, AM; Keane, J; Cooney, J. A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *General hospital psychiatry*. 35(4):398-406. 2013.
4. Sweetland, A; Oquendo, M; Wickramaratne, P; Weissman, M; Wainberg, M. Depression: a silent driver of the global tuberculosis epidemic. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*. 13(3):325-326. 2014.
5. Sweetland, AC; Kritski, A; Oquendo, MA et al. Addressing the tuberculosis-depression syndemic to end the tuberculosis epidemic. *The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*. 21(8):852-861. 2017.
6. Uplekar, M; Weil, D; Lonroth, K et al. WHO's new end TB strategy. *Lancet*. 385(9979):1799-1801. 2015.
7. Gonçalves, DA et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. 30(3):623-632. 2014.
8. Mateus, MD; Mari, JJ; Delgado, PG et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2(1):12. 2008.
9. Kohn, R; Saxena, S; Levav, I; Saraceno, B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 82(11):858-866. 2004.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>. Acessado em 10/10/2019.
11. Mendoza-Sassi, R; Béria, JU; Fiori, N; Bortolotto, A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 20:22-8. 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde. Volume 49, Nº 18, Mar. 2018.

13. Brasil. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
14. Brasil. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação - Rio de Janeiro. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
16. Patel, V; Belkin, GS; Chockalingam, A; Cooper, J; Saxena, S; Unützer, J. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. PLOS Medicine; 10(5):e1001448. 2013.
17. World Health Organization, Brazilian Ministry of Health. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil. Brasilia, Brazil: World Health Organization;2007.
18. Sweetland, AC; Fernandes, MJ; Santos, E; Duarte, C; Kritski, A; Krawczyk, N; Nelligan, C; Wainberg, ML. Community resource mapping to integrate evidence-based treatment in primary care in Brazil: A pilot project. Proceedings of the 3rd Biennial Conference of the Society for Implementation Research Collaboration (SIRC) 2015: Advancing efficient methodologies through community partnerships and team science, Implementation Science, 11(1):A59. 2016.
19. Weissman, MM; Hankerson, SH; Scorza, P et al. Interpersonal Counseling (IPC) for Depression in Primary Care. American journal of psychotherapy. 68(4):359-383; 2014.
20. Matsuzaka, CT; Wainberg, M; Norcini Pala, A; Hoffmann, EV; Coimbra, BM; Braga, RF; Sweetland, AC; Mello, MF. Task shifting interpersonal counseling for depression: a pragmatic randomized controlled trial in primary care. BMC Psychiatry. 21;17(1):225. jun 2017.
21. Stewart, DW; Shamdasani, PN & Rook, DW. Applied Social Research Methods: Focus Groups, 2nd Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2007.
22. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
24. Moscovici, L; Marques, JM de A; Zuardi, A. Integrated mental healthcare: outcomes from Brazilian primary care. European Journal for Person Centered Healthcare 4(4):669-674, dec. 2016.
25. Quinderé, PHD et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, jul. 2013.

26. Fagundes Junior, HM; Desviat, M; Silva, PRF da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1449-1460, maio 2016.
27. Braga, RF. Agentes Comunitárias de Saúde no Atendimento de Usuários com Depressão Leve a Moderada: uma avaliação qualitativa do impacto de um programa de capacitação e supervisão em Saúde Mental com Agentes Comunitárias. São Paulo: UNIFESP. (Tese de Doutorado), 2017.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.
29. Albuquerque, FJB; Melo, CF; Araújo Neto, JL. Avaliação da Síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, João Pessoa, v. 25, n. 3, 542-549. 2012.
30. Lima, AS; Farah, BF; Bustamante-Teixeira, MT. Análise da prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais da Atenção Primária em saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 283-304, abr. 2018.
31. da Silva, AT; Lopes, CS; Susser, E & Menezes, PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health*, 106(11), 1990-1997. 2016.
32. World Health Organization (WHO). Burnout an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 28 may 2018.
33. OMS. Organização Mundial da Saúde. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.
34. De Jesus Mari, J. Mental healthcare in Brazil: Modest advances and major challenges. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(2), 113-115. 2014.
35. Athié, K; Fortes, S; Delgado, PGG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 8, n. 26, p. 64-74, fev. 2013.
36. Amaral, CE; Onocko-Campos, R; de Oliveira, PRS; Pereira, MB; Ricci, ÉC; Pequeno, ML; Thornicroft, G. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 65. 2018.
37. Nascimento, LA do & Leão, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n° 1, jan-mar. 2019, p. 103-121.