

SOFRIMENTO DIFUSO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Diffuse Distress and Common Mental Disorders: A Bibliographic Review

Maria Liana Gesteira Fonseca¹; Maria Beatriz Lisboa Guimarães²; Eduardo Mourão Vasconcelos³

RESUMO

Este artigo tem como objetivo abordar a problemática das queixas somáticas inespecíficas, tais como dores no corpo, mal-estar, dores de cabeça, nervosismo, insônia, nem sempre classificáveis nas grandes síndromes psiquiátricas, tampouco na nosologia da clínica médica. Tais queixas se apresentam como uma freqüente demanda de atenção, principalmente nas unidades básicas de saúde. Elas estão relacionadas com questões psicossociais importantes, como redes de apoio social, relações familiares, laborativas, sociais e econômicas dos usuários dos serviços de saúde. Os autores consideram que o conceito de *transtornos mentais comuns* (TMC), utilizado por pesquisas no campo da epidemiologia psiquiátrica, traz elementos relevantes para a compreensão de tal problemática. No trabalho que deu origem a este artigo utilizou-se a metodologia de revisão bibliográfica não exaustiva, por meio de busca nas bases de dados *Lilacs*, usando como palavra chave *common mental disorders*. Foram selecionados prioritariamente artigos baseados em pesquisas realizadas no Brasil, mesmo que publicados em língua inglesa. Foram excluídos os artigos que não enfocavam os TMC como principal questão, ou que os relacionavam apenas com doenças clínicas. Assim foram examinados treze artigos como bibliografia principal. Dois deles não se referem diretamente a pesquisas realizadas no Brasil, mas em países de economia periférica e com realidades sociais semelhantes. Os resultados apontam para as seguintes questões: alta taxa de prevalência de TMC nas unidades de atenção primária e na comunidade; falta de capacitação adequada para as equipes de saúde lidarem com formas de sofrimento não classificadas nos manuais

ABSTRACT

This paper addresses medically unexplained symptoms (MUS) such as body pains, uneasiness, headaches, nervousness, insomnia, all conditions difficult to classify both among the major psychiatric syndromes or within nosology. Such complaints frequently demand immediate attention, especially in primary care units. They are closely related to important psycho-social factors including social support networks and family relations, as well as labor and socio-economic conditions experienced by those who use such services. The authors contend that the concept of *common mental disorders* (CMD), applied in psychiatric epidemiologic research, provides an important contribution to the understanding of this subject. Using the epidemiological concept of CMD as a search term, this study employed a non-exhaustive bibliographic review methodology of the *LILACS* database. Articles based on research carried out in Brazil were given precedence, including those published in English. Those articles that did not focus of CMD as their main subject, or that related them only to somatic disorders, were excluded. As a result, a main bibliography of thirteen articles was identified. Two of the articles do not directly deal with research based in Brazil, but refer to other countries with similar economics and comparable social conditions. The results suggest the following main areas of concern: the high prevalence of CMD in primary health units and in the community; the lack of specific professional training for health teams to deal with this kind of suffering not classified in their diagnostic manuals, and the absence of public policies and methodologies meant to specifically address this problem in the field of

¹ Psicóloga, mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz Endereço: Rua Mário Portela 161 bloco C apt 101. Laranjeiras, Rio de Janeiro, RJ. Cep: 22241000 Tel (21) 22251533 (21) 87763418. E-mail: liana.fonseca@terra.com.br

² Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ e pesquisadora visitante da ENSP/Fiocruz

³ Doutor em Ciência Política e Professor Adjunto da Escola de Social da UFRJ

diagnósticos; ausência de políticas públicas e metodologias de cuidado destinadas para essa problemática no campo da saúde. A reflexão sobre esse tema, assim como a criação de espaços de acolhimento e escuta sensível para usuários e profissionais são de fundamental importância para que essas manifestações de sofrimento recebam o cuidado e a atenção adequados nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse Psicológico. Transtornos Psicofisiológicos. Saúde Mental. Transtornos Mentais. Atenção Primária à Saúde. Centros de Saúde.

INTRODUÇÃO

Sofrimento Difuso é um conceito cunhado por Valla (2001) para nomear queixas somáticas inespecíficas, tais como dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos, cujas múltiplas raízes podem se encontrar nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas.

Essa nomeação teve origem na constatação de que este tipo de queixa é uma das maiores demandas de atenção em saúde nas classes populares. Demanda esta geralmente sem resposta nos serviços de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

Parte considerável dos profissionais de saúde, ainda não preparados para acolher e cuidar dessa demanda, costuma classificar essa clientela como pacientes *poliquixosos*, *psicosomáticos*, *funcionais*, *psicofuncionais*, *histéricos*, *pitiáticos*.

Contudo, é possível compreender essa questão para além da individualização do problema, ampliando o foco do indivíduo para seu contexto de inserção social, suas relações com o mundo e condições de vida.

A reflexão sobre as queixas somáticas inespecíficas é relevante para os profissionais da atenção básica, na medida em que pode ampliar a compreensão a respeito dos usuários do sistema de saúde que demandam por atenção sem portar necessariamente nenhuma doença enquadrada em manuais diagnósticos.

Tirar esses usuários de categorias pré-estabelecidas ou preconceituosas - como poliquixosos ou pitiáticos - e perceber suas necessidades de cuidado e acolhimento é um grande desafio para os profissionais da ponta, assim como para seus processos de trabalho.

Devido ao fato de tal tipo de queixa ser algo ainda pouco estudado e, de fato, um assunto difuso e pouco específico, a forma de abordá-lo na dissertação que deu

healthcare. Public discussion of this subject, as well as the formation of hospitable opportunities for health service users and professionals to speak and listen, are essential in order to provide adequate attention and care for those who demonstrate this kind of suffering.

KEY WORDS: Stress Psychological. Psychophysiologic Disorders. Mental Health. Mental Disorders. Primary Health Care. Health Centers.

origem a este artigo (FONSECA, 2007), foi procurar conceitos em diferentes matrizes paradigmáticas para traçar paralelos possíveis, sem, contudo, sobrepor conceitos, considerando suas diferenças (VASCONCELOS, 2002). Foi escolhido abordar tal problemática por meio de um enfoque interdisciplinar, através de três revisões bibliográficas diferentes: os registros sobre a integração entre as políticas de saúde mental e a atenção básica; os estudos epidemiológicos a respeito dos chamados *transtornos mentais comuns* e uma revisão dos artigos a respeito do código do nervoso, uma expressão de sofrimento hegemônica entre as classes populares.

A revisão a respeito do código do nervoso encontrou, através de artigos e trabalhos antropológicos publicados em sua maioria na década de oitenta e noventa (COSTA, 1987; DUARTE, 1986; 1993; 2003; GUARNACCIA; FARIAS, 1988; WAITZKIN; MAGAÑA, 1997), diferenças marcantes entre os códigos de perturbação e sofrimento entre grupos e classes sociais. Mais especificamente, a diferença entre os códigos de sofrimento das classes populares - cujas fronteiras entre corpo e mente são mais difusas e menos marcadas - e os códigos dos saberes médicos e psicológicos modernos - que marcam, de forma bem definida, as fronteiras entre corpo e mente, sujeito e mundo. Tal revisão aponta para a necessidade de compreensão dos códigos culturais das classes populares por parte daqueles que sustentam os saberes médicos e psicológicos nos serviços de saúde.

A revisão a respeito da integração entre saúde mental e atenção básica encontrou uma variedade de trabalhos (AMARAL, 1997; BRÊDA; AUGUSTO, 2001; BRÊDA *et al.*, 2005; CARVALHO *et al.*, 1994; FLECK *et al.*, 2002; MARI *et al.*, 1987; SILVEIRA, 2003; TANAKA; RIBEIRO, 2006; TRAVESSO YEPEZ; MORAIS, 2004) que versavam a respeito das dificuldades de acolhimento e cuidado em relação às manifestações de sofrimento que aparecem na

atenção básica, tanto por parte dos profissionais como por parte da estruturação dos serviços. Tais dificuldades estão calcadas em diversificadas origens: falta de compreensão a respeito de códigos culturais diferentes para expressar o sofrimento, ausência de capacitações adequadas para as equipes, serviços e profissionais ainda aprisionados no modelo individual e fragmentado de atendimento, prioridade das políticas de saúde mental para as clientela consideradas graves, ausência de metodologias de cuidado e acolhimento para a clientela com queixas difusas.

Diante de tantas e diversificadas questões, o objetivo deste artigo foi focar o problema das queixas somáticas inespecíficas por meio dos estudos sobre os *transtornos mentais comuns*, mostrando a conexão entre esta problemática e suas raízes psicossociais, assim como sua alta prevalência na atenção básica e nas comunidades.

Assim, foi feito aqui um recorte da dissertação citada (FONSECA, 2007), apresentando um resumo de seu segundo capítulo. Este, por sua vez, teve como metodologia a revisão bibliográfica não exaustiva.

Foi realizada uma busca bibliográfica na base de dados *Lilacs*, com a palavra-chave *common mental disorders*. Nesta busca, foram priorizados artigos que se referiam a pesquisas realizadas no Brasil, ainda que os artigos pudessem estar em língua inglesa. Foram excluídos os artigos que não apresentavam os *TMC* como tema principal. Foram incluídos 2 artigos provenientes de pesquisas em países periféricos, dadas as semelhanças de condições sociais com o Brasil. Assim, foram examinados, ao todo 13 artigos - destes, somente 10 artigos foram citados diretamente aqui, já que este artigo é um resumo do segundo capítulo da dissertação citada (FONSECA, 2007). Somaram-se a estes artigos, uma tese de doutorado sobre o tema (FORTES, 2004) e uma publicação recente dos principais sistematizadores do conceito (GOLDBERG; GOODYER, 2005). Além da bibliografia citada, foi utilizada parte das referências bibliográficas pesquisadas durante a elaboração da dissertação, para discussão mais ampla dos achados apontados aqui.

DEFINIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: UM MODELO DIMENSIONAL

Uma das formas possíveis de classificação de parte dos usuários com queixas somáticas inespecíficas, dores no corpo, dores de cabeça, nervosismo, insônia é o diagnóstico de *transtornos mentais comuns*.

Existem muitas críticas dirigidas ao conceito de *transtornos mentais comuns*. Alguns pesquisadores consideram que tal conceito propõe uma psiquiatrização e medicalização da

vida. No entanto, para além da perspectiva medicalizante, se tal conceito for visto como um modo de apreender uma determinada manifestação de sofrimento e como uma categoria que torna possível a investigação, a pesquisa e as associações com variáveis sócio-demográficas, pode-se enxergar esse conceito como um instrumento que aponta para além da perspectiva medicalizante.

Ao contrário de uma postura medicalizante, as pesquisas apontam para a conexão entre este tipo de manifestação de sofrimento e suas raízes psicossociais.

Os *transtornos mentais comuns* podem se apresentar através de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. O continuum e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, faz do conceito de *transtornos mentais comuns* uma chave para que os estudos epidemiológicos possam capturar a prevalência dessas manifestações de sofrimento na comunidade ou em unidades de atenção básica, sem que necessariamente esse tipo de queixa preencha todos os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos, transtornos ansiosos ou transtornos somatoformes, de acordo com as classificações do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*) e do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão) (MARAGNO *et al.*, 2006).

Os *transtornos mentais comuns* também englobam os quadros depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos. Isto quer dizer que parte da população apontada como aquela que apresenta *TMC* pode precisar de tratamento medicamentoso e cuidados bem específicos em saúde mental. No entanto, o conceito de *transtornos mentais comuns* abrange uma gama mais ampla da população que necessita de cuidados, mas não necessariamente é portadora de um diagnóstico categorial encontrado nos manuais.

Os modelos categoriais de transtornos mentais - como quadros de depressão, ansiedade e transtornos somatoformes - classificados nos manuais diagnósticos citados acima são eminentemente sindrômicos, isto é, se baseiam em coleções de sintomas, enquanto os modelos dimensionais - como os *transtornos mentais comuns* - se baseiam na relação entre os sintomas individuais (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Os modelos categoriais a respeito dos transtornos mentais existem porque facilitam projetos, a prescrição

de medicamentos, assim como o planejamento de ações e estruturação dos serviços (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Todavia, tais modelos apresentam problemas como, por exemplo, estabelecer pontos de corte arbitrários ou, muitas vezes, definir diferenças de qualidade onde existem diferenças no grau de severidade entre tipos similares de transtornos (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Os modelos dimensionais, por sua vez, facilitam o estudo de sintomas que tendem a aparecer juntos. Muitos dos transtornos observados em comunidades ou em serviços primários de saúde são relativamente mistos e combinam sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas. Esse tipo de combinação, no que se refere aos problemas de saúde mental, é a mais freqüente nos serviços de saúde, seguidas pelos transtornos relativos ao álcool (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

A base categorial do atual sistema de classificação em psiquiatria é apontada por Fortes (2004) como uma das possíveis razões para a inadequação dos critérios diagnósticos tradicionais aos pacientes que apresentam transtornos mentais na comunidade ou na atenção básica. A autora apresenta três problemas desse tipo de classificação para estes pacientes: os transtornos subliminares, a presença freqüente de comorbidades e a inadequação das classificações categoriais para os pacientes chamados de somatizadores.

Os transtornos subliminares implicam no comprometimento da qualidade de vida dos pacientes, sem que, no entanto, sejam classificados nos diagnósticos estritos dos manuais. Tal fato pode se desdobrar em subestimação do problema tanto a nível individual (na assistência), quanto a nível coletivo (como na criação de programas de cuidado para essa problemática).

O fato dos sintomas nem sempre se adequarem perfeitamente às bases categoriais dos diagnósticos psiquiátricos não diminui o grau de sofrimento dos sujeitos envolvidos, assim como suas necessidades de atendimento e acolhimento. O não reconhecimento por parte dos profissionais de um estado de mal estar amplo desses usuários, com enfoque apenas na queixa somática imediata, implica em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários (FORTES, 2004).

Os *transtornos mentais comuns* (TMC), freqüentes em serviços de saúde de todo mundo (GOLDBERG; GOODYER, 2005), causam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos (MARAGNO *et al.*, 2006), duas vezes mais queixas de doenças físicas do que nos usuários de serviços de saúde

que não apresentam TMC (ARAÚJO *et al.*, 2005), assim como taxas de mortalidade mais altas quando comparados com a população em geral, prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas, além de serem uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária (PATEL; KLEINMAN, 2003).

SOFRIMENTO E QUEIXAS SOMÁTICAS INESPECÍFICAS

A apresentação dos *Transtornos Mentais Comuns* através de queixas somáticas inespecíficas - uma das manifestações mais comum desse tipo de transtorno (FORTES, 2004) - traz um grande problema para o sistema de saúde: seu correto reconhecimento e diferenciação, principalmente, mas não exclusivamente, para o médico generalista. Segundo Fortes (2004):

[...] predominam nesses pacientes a apresentação de sintomas físicos associados às patologias mentais, e esses não são compreendidos pelos médicos generalistas como manifestações de transtornos mentais [...]. Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos "pacientes poliqueixosos", grandes usuários de serviços médicos [...](FORTES, 2004. p.10).

A caracterização dessa manifestação de sofrimento como *somatização* também é problemática. Em primeiro lugar, pelo fato do termo ser genérico; em segundo pela confusão com o diagnóstico específico *transtorno de somatização*, um subtipo de *transtorno somatoforme*, presente nos manuais de classificações psiquiátricas (FORTES, 2004).

Fortes (2004) distingue, em sua tese de doutorado, a diferença entre *somatizadores de apresentação* e *somatizadores verdadeiros*. Os primeiros seriam aqueles que fazem da queixa somática uma primeira forma de apresentar seu sofrimento. Quando questionados a respeito das possíveis causas de seu mal-estar somático se referem a problemas relacionais de toda ordem. Os segundos seriam aqueles que, mesmo quando questionados a respeito de uma possível origem não orgânica para seus sintomas, insistem na hipótese unicamente orgânica, negando qualquer origem relacional e emocional.

Os achados dessa pesquisa realizada com 714 sujeitos atendidos por equipes de saúde da família no município de Petrópolis (FORTES, 2004) demonstraram que os *somatizadores verdadeiros*, isto é, aqueles que não fazem nenhuma

ligação de suas queixas somáticas inespecíficas com problemas de ordem relacional, eram minoria na população selecionada (10%), enquanto os *somatizadores de apresentação* eram a grande maioria daqueles que chegavam às equipes de saúde da família com queixas somáticas inespecíficas (90%).

Tais afirmativas apontam para a potência do uso da palavra, do acolhimento e da escuta na grande maioria dos casos de queixas inespecíficas, visto que parte considerável desses usuários faz conexões de seus problemas de ordem relacional, familiar ou social com as queixas que apresentam.

Expressar sofrimento através de queixas somáticas seria uma forma cultural e socialmente aceita de reconhecimento de uma condição limite, em que é necessário ajuda dos serviços de saúde para alívio do sofrimento.

OS FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Os *transtornos mentais comuns* estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos e inversamente relacionados à densidade da rede de apoio social (COSTA; LUDEMIR, 2005; FORTES, 2004). Isto é, quanto mais baixo o nível socioeconômico de uma população, mais altas as taxas de prevalência de *TMC* (ARAÚJO *et al.*, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; COUTINHO *et al.*, 1999; FORTES, 2004; MARAGNO *et al.*, 2005; LUDEMIR, 2000, 2005; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; PATEL *et al.*, 1999; PATEL; KLEINMAN, 2003); assim como, quanto mais densa a rede de apoio social, menor o risco de *TMC* (ARAÚJO *et al.*, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; COUTINHO *et al.*, 1999; FACUNDES; FORTES, 2004; GOLDBERG; GOODYER, 2005; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002).

Em um artigo que uniu cinco estudos epidemiológicos sobre *Transtornos Mentais Comuns* em países periféricos, os autores apontam baixos níveis educacionais, privações econômicas, sexo feminino e idade avançada como os fatores associados aos *transtornos mentais comuns* mais evidentes (PATEL *et al.*, 1999).

É um consenso na literatura a associação entre os *Transtornos Mentais Comuns* e a baixa escolaridade, baixa renda, assim como a maior prevalência dessas manifestações em mulheres, em comparação com homens (ARAÚJO *et al.*, 2005; COUTINHO *et al.*, 1999; FORTES, 2004; LUDEMIR, 2000; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO *et al.*, 2006; PATEL; KLEINMAN, 2003; PATEL *et al.*, 1999).

Portanto, tais achados apontam para a vulnerabilidade das condições de saúde mental das populações em situação de desvantagem econômica e social. Por outro lado, apontam também para a potência de seus laços de apoio social, que podem ser incentivados e estimulados nos serviços de saúde por meio de atividades de grupo e espaços para escuta, palavra e vínculo.

TMC, INSERÇÃO PRODUTIVA, POBREZA E ESCOLARIDADE

Como demonstram todos os artigos citados até então, os *transtornos mentais comuns* estão relacionados com uma série de questões sociais, entre elas, a fraca inserção no mercado de trabalho.

Desde a década de oitenta, o desemprego vem se tornando uma das maiores questões sociais, políticas e econômicas. A baixa inserção na escala social se relaciona com as chances de desemprego para os sujeitos, assim como com o prejuízo na saúde mental dos trabalhadores. Tanto o desemprego quanto a saúde mental se distribuem desigualmente entre os diferentes grupos populacionais (LUDEMIR, 2000) e o primeiro é um dos mais importantes determinantes de *TMC* em cinco estudos revisados por Ludemir (2005).

Ludemir (2000) revisou alguns estudos que demonstram os impactos positivos do trabalho remunerado sobre a saúde mental, assim como os efeitos adversos do desemprego. A falta de remuneração e seus desdobramentos não são os únicos fatores que ligam desemprego e transtornos mentais. Existem outras funções da inserção laborativa: a estruturação temporal do cotidiano, contatos com pessoas fora da família, metas que transcendem o nível individual, status e identidade. Os sujeitos desempregados seriam, portanto, privados dessas cinco funções do trabalho, que funcionariam como eixos de organização do viver cotidiano.

A pesquisa de Ludemir (2000) trabalhou com 621 indivíduos na cidade de Olinda, Pernambuco. Além da menor prevalência de *TMC* entre trabalhadores formais em comparação com desempregados - tanto no sexo feminino, como no sexo masculino, existem diferenças entre os tipos de trabalho: os mais qualificados e aqueles tidos como menos qualificados. Notam-se variações significativas na prevalência de *TMC* entre os grupos segundo a qualificação do trabalho: o grupo de trabalhadores manuais apresenta maior prevalência de *TMC* que o grupo de trabalhadores não manuais, em todos os tipos de inserção produtiva (LUDEMIR, 2000; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002).

Os trabalhadores manuais têm menos reservas para a sobrevivência em caso de desemprego, assim como possi-

bilidades mais limitadas de conseguir empregos satisfatórios. A insegurança gerada pela instabilidade de renda, nas camadas mais pobres, é apontada por Patel e Kleinman (2003) como um importante fator associado ao risco de *transtornos mentais comuns*.

A baixa escolaridade - que geralmente é pano de fundo de papéis profissionais menos qualificados - se desdobra em outras dificuldades, como falta de acesso a espaços de promoção da saúde, assim como também é fruto de uma situação de vulnerabilidade social. A pesquisa de Ludemir (2000) é exemplar e confirma os achados de outros estudos (ARAÚJO *et al.*, 2005; COUTINHO *et al.*, 1999; FORTES, 2004; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO *et al.*, 2006; PATEL; KLEINMAN, 2003; PATEL *et al.*, 1999): prevalência de *TMC* significativamente maior entre aqueles com baixa renda (55,7%), com baixa escolaridade (49,7%), separados ou viúvos (47,9%), pertencentes ao sexo feminino (45,4%), trabalhadores manuais (36,6%), donas de casa (49,6%), maiores de 55 anos (47,9%), com condições de moradia precária (53,2%) e migrantes (44,2%).

Exceto estado civil, sexo e idade, as outras variáveis sociodemográficas estão ligadas: baixa escolaridade, baixa renda, condições de moradia precária, inserção produtiva e, em algumas situações, migração - que implica em piores condições no mercado de trabalho.

A baixa escolaridade se relaciona com piores chances de inserção no mercado produtivo, assim como com uma infância de condições precárias, já que geralmente são as crianças das famílias mais pobres a terem que abandonar os estudos para trabalhar. Sendo assim, são essas crianças - aquelas que não dão continuidade ao estudo e que se tornam adultos com poucas chances de inserção laborativa - que nascem em famílias, cujos pais também tinham uma inserção precária no mercado de trabalho. Isto é, a baixa escolaridade é tanto origem como consequência de outros problemas sociais, assim como se revela uma questão transgeracional. Sendo assim, o problema é circular e está em íntima relação com as condições gerais de saúde e também de saúde mental.

Portanto, as variáveis socio-demográficas, renda, escolaridade e inserção produtiva estão intimamente vinculadas. Patel; Kleinman (2003) revisaram 11 estudos comunitários (3 pesquisas realizadas no Brasil, 1 no Chile, 1 na Indonésia, 1 em Lesotho, 4 no Paquistão e 1 no Zimbábwe) sobre *TMC*, publicados em periódicos de língua inglesa desde 1990. A associação entre *TMC*, baixos níveis educacionais e baixa renda apareceram em todos os artigos revisados, independente do nível de desenvolvimento da sociedade. Os autores chegam a afirmar a universalidade da associação

entre pobreza e *transtornos mentais comuns* (PATEL; KLEINMAN, 2003, p.612).

Alguns artigos brasileiros citam a falta de estudos longitudinais, o que abriria espaço para a possibilidade de *causalidade reversa*, isto é, dos *TMC* dificultarem a permanência na escola ou em um emprego, por exemplo.

Um artigo publicado na *Social Science and Medicine*, escrito por cinco autores de países periféricos, relaciona pesquisas sobre prevalência de *TMC* em quatro países: Brasil, Índia, Chile e Zimbábwe. Ao afirmarem a ausência de estudos longitudinais, citam o irônico - embora profundo - argumento de Wilkinson contra a possibilidade de *causalidade reversa*: “Se a causalidade fosse apontada em uma direção, seríamos obrigados a dizer que a saúde é dos mais importantes determinantes da distribuição de renda” (WILKINSON *apud* PATEL *et al.*, 1999, p.1468).

Os autores apresentam um modelo circular de relação entre pobreza e *transtornos mentais comuns*, em que a pobreza se desdobra em reações psicológicas, estas em consequências funcionais e estas, novamente, retornam para a pobreza.

A constatação de que as populações em situação de vulnerabilidade ou de pressão social estão mais sujeitas aos *transtornos mentais comuns* não faz e nem deve fazê-las vítimas de uma sina imutável e nem de uma realidade estática. É preciso que se tenha em vista que os recursos e as potencialidades de quaisquer seres humanos, no nível individual, não podem ser capturados por números. Mas as vulnerabilidades de grupo e seus fatores associados sim.

Os estudos epidemiológicos não visam condenar os pobres à doença, mas sim mostrar que algumas condições de vida podem vulnerabilizar as populações, inclusive para doenças não transmissíveis e não infecciosas, mas com potencial incapacitante equivalente a tais manifestações já reconhecidas pelo campo da Saúde Pública.

Por outro lado, tais estudos apontam também para a óbvia ineficácia da individualização do problema na prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos (ROSEMBERG, 1994). Isto não quer dizer que os usuários com problemas graves não devam ser medicados, mas que parte considerável dessa problemática está ligada também a condições de vida.

Mais uma vez, é preciso frisar que o problema é de tal complexidade e o ser humano é tão multifacetado, que os estudos epidemiológicos não podem - e não pretendem - capturar as singularidades e os matizes mais delicados desta problemática no âmbito individual, assim como de tantas outras problemáticas que envolvem aspectos não mensuráveis da experiência humana, seja nos casos de doença e

sofrimento, seja em outros campos da experiência.

Através dos estudos epidemiológicos, é possível observar também quais as condições que diminuem a vulnerabilidade aos *transtornos mentais comuns*: redes de apoio social, acesso à educação, ao lazer e ao mercado de trabalho.

No boletim da OMS a respeito dos *TMC* em países chamados em desenvolvimento, Patel e Kleinman (2003) citam duas formas de prevenção: prevenção primária e prevenção secundária.

A prevenção primária consistiria em programas de promoção de educação e desenvolvimento para crianças que vivem em pobreza, em que fossem propostas intervenções nutricionais e psicossociais. A prevenção secundária consistiria no reforço do tratamento dos *transtornos mentais comuns* na atenção básica, no treinamento dos profissionais que trabalham nessa frente para reconhecimento e tratamento dos *TMC*, que levem em consideração seus fatores psicossociais envolvidos (PATEL; KLEINMAN, 2003).

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA

Como se apresentam principalmente através de queixas somáticas inespecíficas, é alta a prevalência dos *TMC* na atenção básica, visto que esta é a primeira porta para a demanda de atenção em relação a essas manifestações de sofrimento. Fortes (2004) detectou uma prevalência média de 56% em 714 usuários de unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro.

A dificuldade de diagnóstico dos *transtornos mentais comuns* - que se apresentam predominantemente através de queixas somáticas inespecíficas - pelo médico generalista, se desdobra no subdiagnóstico dessas manifestações (MARAGNO *et al.*, 2006; MARI *et al.*, 1987), que, por sua vez, se desdobram em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários, assim como na dificuldade de acolhimento dessas manifestações de sofrimento e na prescrição abusiva de benzodiazepínicos (FORTES, 2004; ROZEMBERG, 1994).

A pesquisa de Maragno *et al.* (2006) trabalhou com 1.211 sujeitos, divididos em quatro subgrupos pertencentes a dois distritos de São Paulo: dois subgrupos cobertos pelo programa de saúde da família e dois subgrupos residente em áreas não cobertas pelo mesmo programa em São Paulo, com renda per capita mais ou menos equivalente. Os resultados, embora tenham mostrado diferenças na prevalência de *TMC* segundo variáveis sociodemográfica, de acordo com os outros estudos (ARAÚJO *et al.*, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; COUTINHO *et al.*, 1999;

FORTES, 2004; LUDEMIR, 2000, 2005; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; PATEL *et al.*, 1999), não mostraram diferença estatisticamente significativa segundo a cobertura pelo PSF. Tal resultado aponta para a vulnerabilidade dessa população, para a complexa rede causal dos *TMC* e para a necessidade de uma abordagem voltada para a saúde mental na atenção básica, especialmente nas áreas relacionadas com as variáveis sociodemográficas relacionadas com os *TMC*: baixa renda, baixa escolaridade, fraca inserção no mercado produtivo (MARAGNO *et al.*, 2006).

TMC E APOIO SOCIAL

Se, por um lado, a vulnerabilidade social e econômica pode deixar os indivíduos mais expostos a estados de mal-estar expressos através dos chamados transtornos mentais comuns, por outro, o aumento da densidade das redes de apoio social diminui o risco de *TMC*.

O estudo de Costa e Ludemir (2005) trabalhou com 483 entrevistados na comunidade de Pirauá, na Zona da Mata de Pernambuco, e mostrou diferença significativa na prevalência de *transtornos mentais comuns* entre pessoas com baixo apoio social e com alto apoio social. O baixo apoio social manteve-se associado aos *TMC*, mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho. A prevalência global de *TMC* foi alta na população: 36,0%. Entre aqueles com baixo apoio social, a prevalência foi de 50,0% e, entre aqueles com alto apoio social, a prevalência foi de 30,99%. Nas palavras das autoras:

Saber-se amado e cuidado e ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, melhor adaptação a circunstâncias particulares de estresse e menores efeitos dos eventos de vida produtores de estresse que, embora não possam ser evitados, passam a ter menos conseqüências. (COSTA; LUDEMIR, 2005. p.77).

O estudo de Facundes e Ludemir (2005) a respeito da prevalência de *TMC* entre estudantes da área de saúde entrevistou 443 estudantes em Recife, Pernambuco. Aqueles que não vinham da região metropolitana de Recife, cidade da universidade, e que não moravam com parentes apresentavam maiores prevalências de *TMC*. O grupo de estudantes que vivia com os pais ou parentes apresentou uma prevalência de *TMC* de 32,3% e aqueles que viviam com outros apresentaram uma prevalência de *TMC* de 50%.

O grupo de estudantes que vinha da região metropolitana de Recife apresentou uma prevalência de *TMC* de

31,7%; o grupo de estudantes que vinha de outras regiões de Pernambuco apresentou uma prevalência de 42,9%; e o grupo que vinha de outros estados apresentou prevalência de 44,7% (FACUNDES; LUDEMIR, 2005). Isto é, a prevalência de *TMC* foi maior entre os migrantes, ou seja, aqueles que têm uma rede de apoio social menos densa. Também na pesquisa de de Ludemir (2000), os migrantes apresentaram uma prevalência de *TMC* de 44,2%, enquanto os nativos apresentaram prevalência de 30,7%.

Os migrantes, além de serem mais discriminados no processo de trabalho (LUDEMIR, 2000), contam com uma rede social menos densa e com menos recursos de apoio.

Fortes (2004) é outra autora que aponta para os efeitos protetores da rede de apoio social sobre a saúde mental dos indivíduos. A pesquisadora mostra, em sua tese de doutorado, a associação inversa entre rede de apoio social e *TMC*, isto é: quanto mais forte a rede de apoio social, menores as chances de *TMC*. Essa rede é definida pela situação conjugal (ter ou não um companheiro), o número de familiares em quem se confia, participação em atividades artísticas ou esportivas e frequência em grupos religiosos onde se encontram redes de apoio social (FORTES, 2004).

Portanto, desses estudos, pode-se concluir que incrementar as redes de apoio social através da formação de grupos, de atividades artísticas, de lazer ou terapêuticas, constituem ações que podem agir como efeito protetor para os *transtornos mentais comuns*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As populações em situação de desvantagem social não estão fadadas aos *transtornos mentais comuns*, contudo, suas condições de vida propiciam mais facilmente esse tipo de manifestação de sofrimento. Estas queixas inespecíficas e seus sintomas associados se fazem notar pelo sistema de saúde como primeiramente um sofrimento somático, seja porque aquilo que é físico ou corporal tem mais legitimidade como sofrimento real (tanto para parte dos profissionais de saúde como para a população), seja porque essa forma de expressão se relaciona com a representação de doença, de adoecer e de sofrimento das classes populares.

Assim, entra em cena o velho problema da dicotomia corpo/mente não só na ciência, mas principalmente na assistência e na relação entre profissionais de saúde e clientela, entre códigos culturais diferentes para expressar doença e sofrimento.

A prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos não mostra resultados satisfatórios, se desdobra em tolerância aos efeitos ansiolíticos, dependência e em prejuízos, em

alguns casos, irreversíveis, do desempenho cognitivo e psicomotor (BERNIK, 1996). Ainda mais grave, é o fato de operar uma medicalização de problemas mais amplos, ocultando os aspectos coletivos dessa problemática.

Por outro lado, parte dos usuários identificados como aqueles que apresentam *transtornos mentais comuns*, apresenta de fato síndromes ansiosas, depressivas ou somatoformes de intensidade moderada ou grave. Tais usuários precisam ser corretamente diagnosticados e tratados. Isso implicaria em cuidados em saúde mental na rede básica que pudessem dispender atenção também aos casos considerados de “menor gravidade” pelas políticas de saúde mental.

Mais um elemento importante a ser considerado é que, para propor novas formas de abordagem dessa problemática nos serviços, é preciso levar em consideração a representação de doença e de sofrimento psíquico nas classes populares, obviamente distinta das representações que sustentam os saberes médicos e psicológicos modernos, centrados na separação nítida entre corpo e mente, entre sujeito e mundo (DUARTE, 1986; DUARTE, 1993; DUARTE, 2003).

É necessário que as metodologias de acolhimento, palavra e escuta sejam permeáveis aos códigos culturais dos diferentes grupos que demandam por atenção. Trata-se de uma responsabilidade ética de todos nós, profissionais, serviços e gestores.

No Brasil, a recente proposta de implementação da Terapia Comunitária na atenção básica pode ser um dos caminhos para o acolhimento das situações de sofrimento, possibilitando a problematização de questões coletivas, o fortalecimento das redes de apoio social, espaços calorosos de palavra, escuta, vínculo e desmedicalização da vida.

No entanto, é ainda necessário fortalecer a saúde mental na atenção básica para todos usuários que demandam - de formas diretas ou indiretas, difusas ou específicas - por atenção, portem eles diagnósticos graves ou não.

REFEFÊNCIAS

- AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p.288-295, jun. 1997.
- ARAÚJO, T. M. *et al.* Prevalência de *Transtornos Mentais Comuns* em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p.337-348, jul./set. 2005.

- BERNIK, M. A. Conseqüências adversas do uso contínuo de tranqüilizantes benzodiazepínicos: tolerâncias, dependências e prejuízos nos desempenhos individuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 23, p. 36-38, dez. 1996.
- BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L.G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.471-480, 2001.
- BRÊDA, M. Z. *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13 n. 3; p.450-452, maio/jun. 2005.
- CARVALHO, M. S. *et al.* Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 17-29, jan./mar, 1994.
- COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. *Transtornos mentais comuns* e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 73-79, jan./fev. 2005.
- COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. **Cadernos do IMS**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.4-44, 1987.
- COUTINHO, E. S. F. *et al.* Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, p.246-256, set./out. 1999.
- DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa:** nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro, Zahar, 1986. 290 p.
- DUARTE, L. F. D. Indivíduo e Pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p.173-183, 2003.
- DUARTE, L. F. D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.43-74, 1993.
- FACUNDES, V. L. D.; LUDEMIR, A. B. *Common mental disorders* among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n.3, p.194-200, set. 2005.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.431-438, ago. 2002
- FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos:** uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária:** suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 165 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.
- GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The origins and course of common mental disorders.** New York: Routledge, 2005. 230 p.
- GUARNACCIA, P. J.; FARIAS, P. The social meaning of nervios: a case study of a central american woman. **Social Science and Medicine**, Great Britain, v. 26, n. 12, p.1223-1231, 1988.
- GUIMARÃES, M. B. L. *et al.* **Vigilância civil da saúde na atenção básica - uma proposta de ouvidoria coletiva na AP.3.1:** relatório apresentado à escola de governo em saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2005. 79 p.
- LUDEMIR, A. B. Associação dos *transtornos Mentais Comuns* com a informalidade das relações de trabalho. **Journal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n.3, p.198-204, 2005.
- LUDEMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.647-659, jul./set. 2000.
- LUDEMIR, A.B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a *transtornos mentais comuns*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 213-221, abr., 2002.
- MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de *transtornos mentais comuns* em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1639-1648, ago. 2006.

MARI, J. J. *et al.* Detection of psychiatric morbidity in the primary care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 501-507, dez. 1987.

PATEL, V. *et al.* Women, poverty and *common mental disorders* in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, Great Britain, v. 49; p. 1461-1471, 1999.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and *common mental disorders* in developing countries. **Bulletin of World Health Organization**, Geneve, v. 81, n. 8, p.609-615, 2003.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p 300-308, ago. 1994.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde. 2003. 184 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

TANAKA, O. U.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde

mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, set. 2006.

TRAVESSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1; p.80-88, jan./fev. 2004.

VALLA V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap 1. p 39-62.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002. 342 p.

WAITZKIN, H.; MAGANÃ, H. The Black box in somatization: unexplained physical sintoms, culture and narratives of trauma. **Social Science and Medicine**, Great Britain, v. 45, n. 6, p.811-825, 1997.

Submissão: dezembro de 2007

Aprovação: março de 2008
