



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Existe discussão em saúde mental sem falar dos determinantes sociais em saúde?
Os desafios da assistência em contextos de vulnerabilidade - uma autoetnografia

BEATRIZ DE ALMEIDA AFFORNALLI

Rio de Janeiro

2024

Existe discussão em saúde mental sem falar dos determinantes sociais em saúde? Os desafios da assistência em contextos de vulnerabilidade - uma autoetnografia

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Marcele Paiva

RIO DE JANEIRO

2024

RESUMO

Este trabalho, de caráter qualitativo, aborda os desafios da assistência à saúde mental em territórios com alta vulnerabilidade social, utilizando a autoetnografia como gênero textual. A pesquisa foi realizada a partir de reflexões durante o período de formação na Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro sobre como os determinantes sociais em saúde - pobreza, racismo institucional, desigualdades de gênero e violência urbana - influenciam no adoecimento mental e dificultam o acesso ao cuidado integral. O trabalho também explora os impactos dessas desigualdades tanto na saúde dos pacientes quanto no bem-estar dos profissionais da atenção primária. Entre as principais reflexões, estão o papel da medicalização social, o uso inadequado de benzodiazepínicos como paliativo para condições sociais e a importância de políticas públicas que integrem saúde, cultura e equidade. O trabalho propõe a importância do avanço de políticas públicas que diminuam as iniquidades em saúde e que a formação médica contemple discussões sobre desigualdades estruturais - promovendo abordagens mais sensíveis e inclusivas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Determinantes sociais em saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas públicas em saúde. Autoetnografia

Descritores em Saúde: "Saúde mental". "Determinantes sociais da Saúde". "Equidade em Saúde".

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. INTRODUÇÃO
3. OBJETIVO/PROBLEMA
4. REVISÃO DE LITERATURA
5. MÉTODO
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. APRESENTAÇÃO

Meu nome é Beatriz, sou uma mulher cis, branca, heterossexual e paranaense natural de Foz do Iguaçu. Minha família é quase na sua totalidade das áreas de humanas e cresci interessada em estudos sociais. Inclusive, o meu plano era cursar a Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná, mas isso mudou aos 15 anos, quando comecei a me interessar por estudos de psicologia e neurociências e decidi que cursaria Medicina para ingressar mais tarde na Psiquiatria. Me formei médica pelas Faculdades Pequeno Príncipe, onde tive a oportunidade de ter uma formação nada hospitalocêntrica que me ajudou a compreender o exercício da Medicina como um ato político tendo, dentre os vários atravessamentos, questões de gênero, classe social, raça e cor como determinantes da saúde de uma população e pautas fundamentais quando discutimos o conceito de bem estar integral dos nossos pacientes.

Ao fim da faculdade, me interessei genuinamente pela Medicina de Família e Comunidade e decidi ingressar na Residência para ganhar experiência e aprofundar o olhar integral do sujeito. Fiquei apreensiva desde o início de ser residente em um território de favela e sinceramente não fazia ideia do que esperar. Quando surgiu o assunto "trabalho de conclusão de residência" minha ideia foi criar um produto que refletisse os meus principais desafios vividos na especialização. Dentre eles, a sensação de impotência e frustração no manejo dos casos de saúde mental tanto pela ausência de dignidades básicas em territórios marginalizados, quanto pela dificuldade de acesso aos recursos - medicamentosos, de terapias e de acesso às instituições especializadas. Fora isso, a constante sensação de estar medicando a fome, a violência, a pobreza, as disparidades de gênero, o racismo e responsabilizando o indivíduo pelo seu adoecimento no âmbito individual ao invés de pensar em soluções coletivas que visem a diminuição das iniquidades.

2. INTRODUÇÃO

Os “Determinantes Sociais em Saúde” – DDS são um conjunto de circunstâncias, fatos e/ou comportamentos que envolvem as seguintes esferas: vida

econômica, social, ambiental, política, governamental, cultural e subjetiva. Por sua vez, afetam positivamente ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios (World Health Organization, 2010). Diante disso, é inevitável perceber que o bem-estar, tanto físico quanto mental, está diretamente atravessado por classe social, gênero, raça e cor. No último relatório emitido pelo Observatório das Desigualdades em 2023, nota-se que no período 2021/2022 125,2 milhões de pessoas viviam em insegurança alimentar, sendo que desse total, em 33 milhões a situação era de insegurança grave; além de que, metade da população (96 milhões) não têm acesso à rede de esgoto e 5,6 milhões de domicílios sofrem pela ausência de moradia digna. 30,6% dos óbitos no país ocorrem por causas potencialmente evitáveis – 561 mil mortes – das quais, 41,6% entre homens negros (Observatório Brasileiro das Desigualdades; 2023). “A Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 3º, diz que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família.” (Benigno Nuñez Novo, 2024), mas na prática, observamos que o acesso de qualidade não é para todos, seja por barreiras de acesso físicas e/ou institucionais.

Um exemplo dos dificultadores do acesso é o racismo institucional, que entende-se como um conjunto de práticas, políticas e normas estruturais, amplificando a barreira aos serviços de saúde - o que resulta em desigualdade no tratamento e piores desfechos em saúde para a população negra. Essa última enfrenta maiores taxas de morbidade e mortalidade por causas potencialmente evitáveis (Werneck, 2016).

O gênero também tem um papel significativo como determinante social em saúde, uma vez que há diferenças entre padrões de busca por cuidados, influenciados por construções sociais e culturais de gênero. As desigualdades ficam mais ampliadas pelos atravessamentos entre fatores raciais e socioeconômicos atuando simultaneamente. Mulheres pretas ou pardas enfrentam maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde e relatam piores condições de saúde em comparação às mulheres brancas. A situação fica ainda mais delicada no caso da população LGBTQIAP+. (Cobo; Cruz; Dick, 2021)

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade de Gusso e Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências de Bruce Duncan são literaturas utilizadas na prática clínica e embora apresentem abordagens robustas sobre os fundamentos da Atenção Primária (APS) e os determinantes sociais da saúde, eles frequentemente não contemplam de forma aprofundada problemas como o racismo institucional, territórios de favela e disparidades de gênero, recebendo apenas menções pontuais. Observa-se também esse fenômeno no Currículo da Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Questionar isso é importante, uma vez que essas temáticas são essenciais para compreender as desigualdades no Brasil. (Duncal et al, 2022)., (Gusso, 2018)., (SBMFC).

Os transtornos mentais comuns são definidos por Goldberg e Huxley (1992) como sintomas abrangentes de sofrimento psíquico, tais como: cefaleia, distúrbios do sono e da memória, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tristeza e somatização. Representam uma prevalência na população de 20,5-64% na Atenção Primária, dependendo das características populacionais e instrumentos utilizados no diagnóstico. São fortemente associados com baixos níveis de escolaridade, status socioeconômicos e volatilidade social, bem como violência e insegurança – especialmente para as mulheres (Torres Neto *et al.*, 2023). Condições sociais que envolvem pobreza, manutenção de estereótipos, estigmas e estresse podem contribuir pela piora da saúde mental e da saúde física. (Lund *et al.*, 2010)

Dado o exposto, o objetivo deste trabalho é realizar uma autoetnografia e pontuar os desafios que os profissionais da saúde da Atenção Primária enfrentam na assistência aos cuidados em saúde, mais especificamente aos cuidados em saúde mental, em territórios de vulnerabilidade social, racismo institucional e violência urbana. Ainda, perceber como os relatos apresentados a seguir corroboram para o conceito de interseccionalidade - isto é: o quanto a sobreposição de desigualdades escancara sistemas de opressão perpetuados.

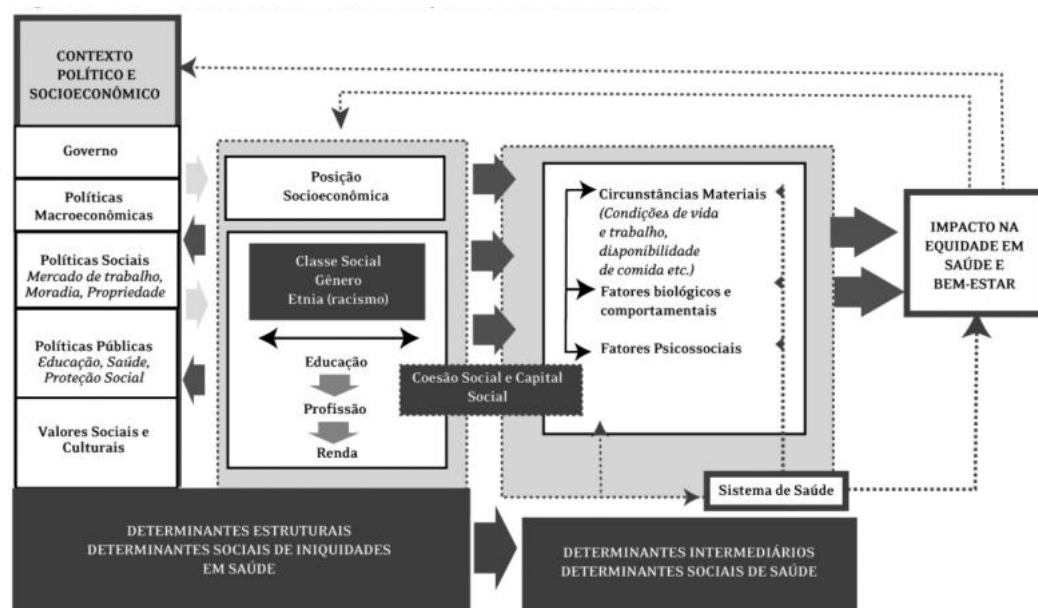
3. OBJETIVO

Refletir sobre os desafios da prática no cuidado de pessoas em sofrimento mental em contexto de territórios de vulnerabilidade social e violência urbana.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A base dos Determinantes Sociais em saúde foi descrita de forma muito detalhada anteriormente. Na figura 1 tem-se a ilustração desses conceitos e a interseccionalidade entre eles.

Figura 1 - Determinantes sociais em saúde



Extraído de: OMS, Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (2005)

Fonte: (Werneck, 2016)

A pobreza tem impactos profundos na saúde mental, exacerbando condições como estresse crônico, ansiedade e depressão. A constante luta para satisfazer necessidades básicas pode prejudicar o funcionamento cognitivo, dificultando a tomada de decisões e o cumprimento de tratamentos médicos. Além disso, a falta de acesso a cuidados de saúde mental adequados, combinada com barreiras estruturais como o racismo institucional e desigualdades sociais, perpetua os ciclos de vulnerabilidade. Essas condições interferem não só no bem-estar psicológico, como também contribuem para piores desfechos em saúde física. (Beech *et al.*, 2021)

Os territórios de favela são descobertos de dignidades sociais básicas como saneamento, falta de mobilidade urbana, direito à segurança garantido pelo Estado e principalmente, prejuízo no acesso pela população aos dispositivos de saúde

especialmente nos dias em que há conflito armado em curso. Nesses territórios temos a figura estereotipada do jovem preto, fruto de um racismo institucional policial. Segundo os dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde, se de um lado as regiões que menos sofrem impactos da violência armada são as mais ricas e predominantemente brancas, do outro tem-se que nas áreas mais vulnerabilizadas o corpo preto é o bode expiatório desses sofrimentos mentais. (Silva; Ribeiro; Serpeloni, 2024). As manifestações de sofrimento mental podem ser diversas, entre elas: sensação de vulnerabilidade e insegurança, angústia, medo, estresse, desânimo, desespero, instabilidade emocional, insônia, transtornos de ansiedade, episódios de pânico, depressão, letargia, paralisia, crises de choro, sensibilidade a sons que lembram disparos, Transtornos de estresse Pós Traumático TEPT), desgaste, esgotamento emocional, medicalização social e abuso de substâncias. (Silva; Ribeiro; Serpeloni, 2024)

O papel da atenção primária (APS) frente a essas demandas é diagnosticar, tratar e principalmente identificar os fatores sociais envolvidos que ratificam as desigualdades no acesso à saúde. Percebe-se estas últimas como uma das principais causas de taxas elevadas de morbidade em grupos marginalizados perante o Estado. Se pensarmos na aplicação do conceito de equidade em saúde, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação profissional em territórios vulnerabilizados é uma tentativa de melhorar esses indicadores e sensibilizar os profissionais a adotar abordagens que levem em consideração a competência cultural e o estabelecimento de vínculo com os pacientes - na tentativa de melhorar os cuidados em saúde. (Pratt; Taylor; Smith, 2023).

A APS também é responsável por vezes de iniciar o tratamento para os sofrimentos mentais. As classes medicamentosas disponíveis na rede e utilizadas pelos profissionais para esses casos incluem Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), Duais, antipsicóticos, tricíclicos e benzodiazepínicos. Esse último possui um mecanismo de ação imediato e por vezes é utilizado em situações de crise para alívio instantâneo, no entanto, é uma classe com alto risco de dependência e com efeitos colaterais significativos. (Bigal; Nappo, 2024). Conrad em 1992 já descrevia o fenômeno da medicalização social, um processo no qual problemas antes não médicos, como os de ordem social, são definidos ou tratados

agora como demandas de saúde (Conrad, 1992). Os determinantes sociais também desempenham um papel central como fator de risco para uso de substâncias psicoativas como formas de dissociação e fuga da realidade, sendo um fenômeno multifatorial e comprovadamente da ordem biopsicossocial. (Ronzani *et al.*, 2023)

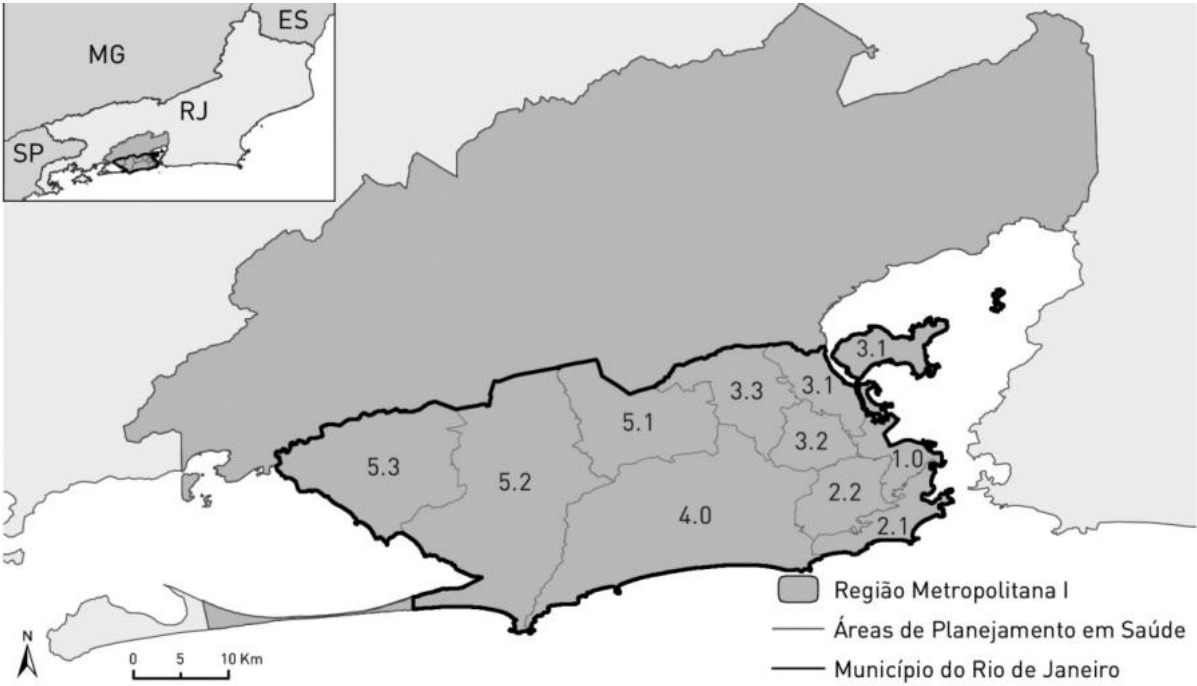
Na tentativa de enfrentamento aos sofrimentos mentais destaca-se o lazer como ponto-chave para promoção do bem-estar e um importante “amortecedor” dos impactos do estresse nos sintomas psicológicos, aumentando a qualidade de vida, satisfação pessoal e promovendo maior resiliência frente a eventos adversos - especialmente em populações vulneráveis. É um componente essencial na vida comunitária, sendo um instrumento potencializador de promoção de apoio social e emocional. Apesar disso, seu acesso ainda é limitado por fatores de sobrecarga de trabalho, ausência de dispositivos, espaços públicos culturais no território e falta de investimentos. (Pondé; Caroso, 2003). No município do Rio de Janeiro, há a concentração de áreas de lazer em regiões mais centrais e de melhores condições socioeconômicas. (Melo; Peres, 2007). Tendo isso em consideração, é necessário conceituar o termo “Áreas Programáticas”. Essas divisões territoriais englobam um conjunto de bairros do Rio de Janeiro, conforme a figura 2. As subdivisões das áreas em saúde compreendem-se em dez áreas de acordo com a figura 3 e são determinadas a partir do planejamento urbano das Áreas Programáticas urbanísticas mencionadas anteriormente. Esses conceitos serão importantes para os achados posteriores em resultados e discussão,

Figura 2 - Áreas de Planejamento e Regiões administrativas



Fonte: Instituto Pereira Passos, 2010

Figura 3 - Áreas de Planejamento em Saúde do município do Rio de Janeiro.



5. METODOLOGIA

A pesquisa é baseada no método qualitativo de autoetnografia escrita a partir das experiências e reflexões sobre os cuidados em saúde vivenciados durante o período de 2023-2025 em uma favela da Zona Norte do Rio de Janeiro. Este método consiste na observação do “eu” enquanto observador do “outro”, levando em consideração não só a análise objetiva dos fatos transcorridos entre algumas atividades realizadas na Atenção Primária, como também os sentimentos, emoções e percepções geradas a partir dessas interações - sendo uma interseção entre as ciências sociais/humanas com a teoria acadêmica (Mattos; Santos; Grion, 2024). De acordo com Ellis, Adams e Bochner (2011), é uma abordagem preocupada com o compromisso ético e político ao dialogar com contextos culturais, permitindo sensibilizar tanto o pesquisador quanto o leitor para pautas sociais envolvidas no projeto de pesquisa (Ellis; Adams; Bochner, 2011).

Para escrever uma autoetnografia é possível utilizar narrativas em primeira pessoa, diários reflexivos e portfólios. A descrição e reflexões críticas dessas vivências contribui para os objetivos do presente trabalho.

5.1 Contexto de formação

As reflexões foram levantadas durante o período de dois anos correspondentes à formação na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). As Clínicas da Família vinculadas ao programa de Residência localizam-se nos territórios de Manguinhos e Jacarezinho - ambos com um dos piores índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro. Na Clínica onde essas reflexões foram levantadas há seis equipes no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), todas com programa de Residência Médica.

A Equipe de Estratégia de Saúde da Família em que fiquei vinculada como residente por dois anos abrange a Comunidade Nelson Mandela 2, um território marcado por extrema vulnerabilidade socioeconômica, presença do poder paralelo

(tráfico) e intensa (des)atuação do Estado na ausência de espaços culturais de convivência e acesso ao lazer/entretenimento. A atuação deste último se dava, na maioria das vezes, por operações com trocas de tiros entre o poder paralelo local e a polícia.

As atividades acadêmicas enquanto residente contemplava turnos de atendimentos, turnos de visitas domiciliares, aulas teóricas sobre temas clínicos e sociais, elaboração de grupos terapêuticos e imersão na cultura local durante o período de estágio de território realizado no R1. Todos os questionamentos da ordem social foram frutos da reflexão ao longo do espaço protegido de formação e residência médica, o que contribui para a formação de Médicos de Família e Comunidade com olhar integral e sensível a dinâmicas sociais que interferem no processo saúde-doença.

6. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Relato 1

"Dra, está muito difícil... eu perdi o emprego, meu filho morreu com bala perdida e eu não tenho vontade de sair da cama. Eu sei o que é isso, mas a gente que é pobre não se pode permitir ter depressão."

Falas de paciente durante o atendimento em consultório

Relato 2

"Sabe o que é? Eu tenho medo de dormir e acordar com o fuzil na cara de novo... eu repasso esse evento na minha cabeça todo santo dia"

Falas de paciente durante o atendimento em consultório

Os relatos 1 e 2 corroboram com as ideias trazidas por Beech et al, 2021, Silva Ribeiro e Serpeloni, 2024 que costuram o quanto os recortes de classe social e contextos violentos têm impacto no adoecimento dos pacientes. Em adição, a resposta emocional aos eventos violentos é muito individual, além de ser preciso considerar de forma integral a influência que a natureza do evento, a frequência de exposição, história de vida e os determinantes sociais mencionados anteriormente têm. Estudos demonstram um evento denominado de *building block*, que teoriza

sobre o risco maior de desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático após estar exposto a eventos cumulativos de violência, não só a armada, como também a policial e institucional escancarada pela discriminação racial. (Silva; Ribeiro; Serpeloni, 2024) (Neuner *et al.*, 2004)

Relato 3

03/05/2024:

Aquele dia eu cheguei em casa com medo. Minutos antes da minha saída eu ouvi um estouro... parecia que havia acertado a unidade. Quando cheguei no corredor interno da clínica todos os profissionais e pacientes estavam no chão, o tiro foi muito próximo de onde estávamos. Na madrugada seguinte, tive pesadelos com a possibilidade de um novo fogo cruzado e acordei sem ar. Seis meses antes eu já tinha buscado ajuda de uma psiquiatra para iniciar medicação para crises de choro durante os turnos e no trajeto até a unidade, crise de dermatite recorrente e perda de prazer nas minhas atividades diárias. Ao mesmo tempo que ocupar postos de trabalho em áreas vulneráveis e violentas pode trazer a sensação de estar fazendo a diferença ao diminuir as iniquidades em saúde, é cruel se afetar de tal modo a ponto de não conseguir ficar. Há aqueles que permanecem por motivos variados... alguns nobres de continuarem na missão; outros, que se tornaram indiferentes. Não se pode estar indiferente a nada do que aconteceu nesse dia, nos anteriores e nos seguintes. No meu caso, continuar é ser conivente e eu não posso pactuar com isso.

Trecho do meu portfólio reflexivo durante as avaliações trimestrais da residência.

Apesar do papel da APS ser primordial em facilitar o acesso e melhorar os cuidados em saúde dessas regiões, conforme mencionado acima por Pratt e Smith 2023, é preciso levar em consideração o quanto essa dinâmica também afeta os profissionais da saúde, que têm a constante sensação de “enxugar gelo” porque sabem que a melhoria dos indicadores em saúde depende proporcionalmente da melhoria das condições de vida (Costa; Baptista; Cunha, 2022). Entre os trabalhadores, vemos índices altos de afastamento do trabalho como um dos impactos de lidar com casos graves, dificuldades de encaminhamento pela presença do poder paralelo, pela falta de rede e pela proximidade da APS com a vulnerabilidade social dos usuários vinculados (Silva *et al.*, 2021). Além disso, a maioria das unidades no Rio de Janeiro são em modelo de containers, que aumentam a sensação de insegurança em caso de conflito armado durante o exercício da profissão. As autoras Costa, Batista e Cunha questionam quais são os limites éticos que nós, enquanto profissionais da saúde, enfrentamos diante dessas

situações: escolher entre cumprir nossas funções ou proteger a própria vida e de outras pessoas?! Santos em 2013 já chegou a pontuar que pelo menos 58,5% dos médicos da APS haviam atuado em mais de duas equipes nos últimos cinco anos, indicando alta rotatividade e aumento do ciclo de barreira no acesso pela indisponibilidade constante de médicos durante a troca das equipes (Santos, M., R, 2013).

O contexto de pressão assistencial e a desvalorização profissional presentes no cotidiano dos médicos na APS também contribuem para o adoecimento dos profissionais na ponta - cerca de 69,3% apresentaram exaustão emocional (de níveis moderados a altos), 72,7% relataram desumanização (redução da empatia); 12% com sintomas críticos de Burnout, com níveis altos nas três dimensões da síndrome - 1. exaustão, 2. cinismo e 3. falta de eficácia profissional. Ainda, 40,1% dormiam menos de 6 horas por noite e 28,3% utilizavam psicotrópicos como ajuda para manutenção da dinâmica no trabalho (Tomas da Cunha, T, 2021) (Santos, M., R, 2013).

Terça feira às 15h atendo uma demanda espontânea: tontura, palpitações, falta de ar e sensação iminente de morte. Dados vitais estáveis, descartado sinais orgânicos de gravidade, cinco gotinhas de Clonazepam para que consigamos conversar. Quando começamos: "Dra, há duas semanas que não sei qual vai ser a minha refeição seguinte, tenho que sustentar eu e meus 3 filhos e hoje nem o pão do dia eu consegui comprar... eu acho que é fome e angústia de não poder comer". Eu mediquei a fome com Clonazepam... e isso os dados vitais não mostram tamanha gravidade.

Trecho do meu portfólio reflexivo durante as avaliações trimestrais da residência

Um estudo sobre a prescrição de benzodiazepínicos (BZD) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma região com alta vulnerabilidade social revelou que a prescrição não se limita a critérios de diagnósticos médicos, uma vez que o uso prolongado e por vezes irracional de BZD foi frequentemente apontado como forma de mascarar o sofrimento causado pela exclusão social e problemas financeiros (Bigal; Nappo, 2024). A dificuldade de desprescrição e alta demanda por renovação dessas receitas estão muitas vezes associada à dependência de doses cada vez mais altas e/ou sintomas de abstinência. Esse trecho destacado do portfólio escancara o fenômeno de Conrad da medicalização - no caso da usuária atendida sua "doença" era a fome. (Tesser, 2019). Essa condição ainda afeta 2,5 milhões de pessoas no nosso país, de acordo com o último relatório. Em 2022 nossos números

chegavam a 8 milhões, com redução significativa nos anos seguintes devido à implementação e melhoria das políticas públicas visando a segurança alimentar e inclusão social. (The State of Food Security and Nutrition in the World 2024, 2024). Isso nos mostra que, de forma pragmática, só ampliar o acesso à saúde em números quantitativos de consultas não é o suficiente, precisamos do envolvimento de políticas públicas e interesse do Estado. Para identificar a demanda oculta de falta à dignidade básica que se traduz em demanda de saúde mental é preciso tempo, acolhimento e escuta - desempenhar esse papel em meio a pressão assistencial em que a média de consulta é dez minutos é desafiador.

- *".. entendo o sofrimento, que tal iniciarmos uma fluoxetina? PRÓXIMO:"*

"Eu perdi o meu filho para o crack"...

- *"PRÓXIMO:"*

"Meu filho foi morto por acerto de contas com a boca"...

- *"PRÓXIMO:"*

"Eu não tenho rede de apoio, só consigo fumar maconha para relaxar e dormir"

Relatos de pacientes durante os atendimentos.

As falas evidenciam o que Ronzani, 2023 fala sobre o consumo das substâncias. Os fatores de proteção para o consumo racional de substâncias são rede de apoio (familiar e outras relações interpessoais), políticas sociais, acesso à cultura/lazer e empregabilidade. Inclusive, o principal determinante social em saúde relacionado ao aumento do risco de uso em 13,9% é a renda econômica mais elevada (Ronzani *et al.*, 2023)

"Aqui é assim: atividades culturais, de lazer e áreas disponíveis para livre circulação é somente na época de eleição... quando eles querem votos. Depois que passa esse período os dispositivos do território ficam esvaziados e vandalizados"

Entrevista com morador(a) durante o período de estágio de território no R1.

O acesso à cultura e lazer é mencionado como fator de proteção aos agravos de saúde mental (Pondé; Caroso, 2003). Durante o primeiro ano da Residência Médica realizamos 3-4 meses de estágio sobre o território, que consiste em estudar a área de abrangência das equipes - entendendo quais os principais agravos físicos

e mentais da população atendida, com a elaboração de um relatório final. Esse trecho acima foi retirado de uma entrevista com o(a) morador(a) em que se perguntava quais eram as atividades de lazer disponíveis no território como forma de entretenimento.

A fala evidencia o estudo de Victor Andrade de Melo e Fábio de Faria Peres em 2005 que analisa as desigualdades na distribuição de equipamentos culturais no município do Rio de Janeiro - como museus, bibliotecas e teatros. Foram desenvolvidos dois indicadores para avaliação: o indicador de Desenvolvimento e Acesso Cultural Absoluto (IDAC-absoluto), que mede a relação entre número de equipamentos e a população de cada região; e o IDAC-relativo, que compara a situação de diferentes áreas em relação à mais privilegiada. Os resultados revelam que áreas mais centrais, como a Área Programática 1 (AP1) e Área Programática 2 (AP2). Enquanto regiões periféricas como a AP3.1 - área em que se concentra a Unidade desse estudo - apresentam um acesso significativamente limitado. Esses números também foram relacionados ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicando maior concentração de equipamentos nas áreas com melhores condições econômicas. É inevitável perceber a importância que o espaço público tem na inclusão e desenvolvimento social e o quanto a democratização do acesso à cultura e direito ao entretenimento e lazer é fundamental, auxiliando nos cuidados em saúde, especificamente o mental. (Melo; Peres, 2007).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios enfrentados na assistência à saúde mental em territórios de vulnerabilidade social evidencia que os determinantes sociais em saúde — como pobreza, racismo institucional, desigualdades de gênero e violência urbana — desempenham papel central na perpetuação de iniquidades e no agravamento do sofrimento psíquico. O uso da autoetnografia como metodologia permitiu explorar, de forma reflexiva, as interseções entre práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde e as realidades vividas por pacientes e profissionais de saúde em contextos precarizados.

Os resultados demonstram que a falta de acesso a recursos básicos e o estigma relacionado às condições de vida dessas populações não apenas impactam a saúde mental, mas também configuram barreiras ao cuidado integral. Assim, conclui-se que é imprescindível a adoção de políticas públicas que promovam a equidade, integrando ações intersetoriais que garantam condições dignas de vida e ampliem o acesso a serviços de saúde mental de qualidade.

Além disso, a formação dos Residentes em Medicina de Família e Comunidade deve contemplar em currículo a análise crítica e estratégias detalhadas de reflexões aprofundadas sobre os determinantes sociais em saúde no contexto da prática médica. A ausência e/ou superficialidade dos assuntos abordados dificulta a formação de médicos sensíveis às necessidades de populações marginalizadas, perpetuando barreiras estruturais e desafios no cuidado integral e equitativo. Para avançar, é crucial que essas questões sejam integradas na formação, considerando as interseccionalidades e especificidades culturais dos pacientes atendidos.

REFERÊNCIAS:

DUNCAN, Bruce B. [et al.]. Medicina Ambulatorial - Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª Ed. Artme

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2ª Ed. Artmed.

BEECH, B. M. *et al.* Poverty, Racism, and the Public Health Crisis in America. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 9, p. 699049, 2021.

BENIGNO NUÑEZ NOVO. O direito à saúde mental: um assunto ainda pouco discutido. **O direito à saúde mental: um assunto ainda pouco discutido**, [s. l.], 2024. Disponível em: Acesso em: 25 maio 2024

BIGAL, A. L.; NAPPO, S. A. Prescrição de benzodiazepínicos em Unidades Básicas de Saúde em uma comunidade com alta vulnerabilidade social. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 48, n. 141, p. e8509, 2024.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. [s. l.], 2023.

COSTA, V. C.; BAPTISTA, T. W. D. F.; CUNHA, M. B. D. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, n. 135, p. 974–986, 2022.

DO OUTRO LADO DA MESA: A SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS DE FAMÍLIA DA APS. [S. l.: s. n.], [s. d.].

ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. Autoethnografie: Ein ÜberblickAutoethnography: An Overview. **Historical Social Research**, [s. l.], v. 36, p. 273290, 2011.

LUND, C. *et al.* Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 71, n. 3, p. 517–528, 2010.

MATTOS, C. L. G. D.; SANTOS, A. D.; GRION, V. Autoetnografia: self, identidade e reflexão como categorias de análise em etnografia. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], p. 1–28, 2024.

MELO, V. A. D.; PERES, F. D. F. A cidade e o lazer: as desigualdades sócio-espaciais na distribuição dos equipamentos culturais na cidade do Rio de

Janeiro e a construção de um indicador que oriente as ações em políticas públicas. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 127–151, 2007.

NEUNER, F. *et al.* Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 34, 2004.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. LAZER COMO FATOR DE PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL. [s. l.], 2003.

PRATT, C.; TAYLOR, R.; SMITH, S. D. Health Equity and Access to Health Care as a Social Determinant of Health: The Role of the Primary Care Provider. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, [s. l.], v. 50, n. 4, p. 549–559, 2023.

RONZANI, T. M. *et al.* Determinantes Sociais e Dependência de Drogas: Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s. l.], v. 39, p. e39407, 2023.

SILVA, M. M. *et al.* “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 2109–2118, 2021.

SILVA, M. M.; RIBEIRO, F. M. L.; SERPELONI, F. Violência armada, saúde mental e racismo: reflexões a partir do caso do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 28, p. e230517, 2024.

SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS ATUANTES NA ESF NO MUNICÍPIO DO RJ. [S. l.: s. n.], [s. d.].

TESSER, C. D. CUIDADO CLÍNICO E SOBREMEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. e0020537, 2019.

THE STATE OF FOOD SECURITY AND NUTRITION IN THE WORLD 2024. [S. l.]: FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO; 2024. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/cd1254en>. Acesso em: 25 nov. 2024.

TORRES NETO, F. *et al.* Transtorno mental comum em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. e31030119, 2023.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2, p. 76, 2010.

Goldberg, D., & Huxley P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.