

# Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde

*Care for individuals with depression in primary attention health*

**Patricia Kozuchovski Daré, Sandra Noemi Caponi**

## Resumo

O objetivo desta pesquisa foi de analisar as tendências medicalizantes e desmedicalizantes das formas de cuidado à indivíduos com diagnóstico de depressão. Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa, de campo e descritiva. O estudo foi conduzido em cinco Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, definidos a partir da técnica de amostragem aleatória simples. A seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem do tipo intencional, os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade e não estruturadas. Os dados foram analisados seguindo a análise de conteúdo temático. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 200.442. Os resultados desta pesquisa apontam para a manutenção do processo da medicalização a partir de utilização de práticas prioritariamente baseadas no modelo médico hegemônico.

## Palavras-chave

Depressão, medicalização, cuidados.

## Abstract

*The objective of this research was to analyze the trends and medicalized desmedicalizantes forms of care for individuals diagnosed with depression. This study is characterized as a qualitative research, field and descriptive. The study was conducted in five Basic Health Units in the city of Florianópolis, defined from the simple random sampling technique. The selection of participants was made by sampling technique intentional, data were collected through interviews and unstructured. Data were analyzed according to thematic content analysis. This research was approved by the Ethics and Human Research of the Federal University of Santa Catarina, in the opinion No. 200,442. The results of this research point to the maintenance of the medicalization process from use practices primarily based on hegemonic medical model*

## Keywords

*Depression, medicalization, care strategies.*

**Patricia Kozuchovski**

**Daré**

**UFSC**

Departamento de Saúde  
Coletiva/Saúde Mental.

**Sandra Noemi Caponi**

**UFSC**

Departamento de Sociologia  
Política.

## Introdução

Ao voltarmos nosso olhar para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, observamos mudanças e avanços importantes, mas ainda, muitas lacunas que parecem cada vez mais extensas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca, por exemplo, a falta de pessoas especializadas nesta área, a estigmatização dos transtornos mentais e as dificuldades e limitações referentes ao diagnóstico clínico (WHO, 2012).

Entre os problemas associados à saúde mental, podemos destacar a depressão, que segundo a OMS, (2012), representa um desafio substancial para a Saúde Pública mundial, sendo considerada um transtorno mental comum, que resulta de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos, caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. Apresenta-se com potencial para limitar e ou diminuir as capacidades funcionais dos indivíduos, as relações sociais e a capacidade de gerenciamento das responsabilidades diárias, podendo chegar ao suicídio na sua forma mais grave. Estima-se que a depressão afeta 350 milhões de pessoas no mundo, e quase um milhão de pessoas comentem suicídio em decorrência dela. No Brasil, a depressão tornou-se problema de Saúde Pública, por apresentar alta prevalência da população geral, entre 3% a 11%, e pelo impacto produzido no cotidiano dos indivíduos (FLECK et al, 2003). É um dos sofrimentos mentais mais representativos e de grande desafio para os profissionais da saúde, no que se referem ao seu diagnóstico, formas de tratamento e à prescrição de medicamentos antidepressivos (HERNÁEZ, 2006).

Com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2007), a depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave, e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002) apresenta-se como episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior. Os cuidados à saúde dos indivíduos em sofrimento mental devem preferencialmente ser compreendidos de forma globalizada, considerando as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Nesse sentido, os tratamentos não devem se limitar ao uso exclusivo de psicofármacos; concomitante às orientações profissionais, deve-se proporcionar possibilidades de conscientização de mudanças no estilo de vida e oferecer-lhes oportunidades de participação em psicoterapias de apoio, tais como terapia interpessoal, comportamental, cognitiva, de grupo, de casais e de família, de acordo com o seu caso, no sentido de estimular-lhes a motivação pessoal e a capacidade de reflexão sobre o processo saúde-doença (MCINTYRE et al, 2002). O DSM, principal instrumento utilizado para o diagnóstico dos transtornos mentais (FLECK et al, 2003), no mundo todo, tem sido alvo de muitas críticas, principalmente no que tange às suas limitações, em razão da excessiva fragmentação dos quadros clínicos de transtornos mentais e da superposição dos sintomas (GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; MATOS et al, 2005; RODRIGUES, 2003). Resultante desta problemática, situações cotidianas e sofrimentos inerentes à vida passam a ser codificados como sintomas associados a transtornos mentais (GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; RODRIGUES, 2003). Muitos desses sofrimentos e das formas correspondentes de agir acabam por serem ressignificados a partir de uma terminologia exclusivamente médica (CAPONI, 2009).

Na medida em que, as pesquisas fundamentalmente biológicas foram supervalorizadas e as edições do DSM foram ampliadas, concomitante a este processo, observou-se a padronização dos procedimentos diagnósticos, e a descrição objetiva de sintomas, entre diferentes transtornos, provocando um aumento do número das categorias diagnósticas, fato que fomentou a produção de novos psicofármacos como forma de atender a demanda

crescente dos diagnósticos dos transtornos mentais (GUARIDO, 2007; MARTINS, 2008).

Ao analisar esse cenário, acompanha-se com preocupação os efeitos reducionistas dos modelos clássicos de atenção aos indivíduos com sofrimento psíquico, visto que, durante anos, as estratégias e as práticas psiquiátricas de cuidado à saúde mental traduziram, na verdade, um movimento de poder da sociedade sobre os indivíduos em sofrimento mental. A Reforma Psiquiátrica, segundo o relatório da IV Conferência de Saúde Mental e Intersetorial, realizada em Brasília (2010), prima pela desinstitucionalização, inclusão social e assistência de atenção psicossocial, substituição dos hospitais psiquiátricos com reformas centradas no sujeito, na singularidade e na capacidade dos mesmos de protagonizar seus modos de fazer e andar na vida (BRASIL, 2010).

A organização da saúde mental em rede, e articulada com a Atenção Básica, se configura como a porta de entrada, recepção e fonte primeira de atenção à saúde mental. É responsável pela promoção da saúde a partir de uma proposta de produção de cuidados mais próximos das necessidades reais da comunidade e capaz de imprimir novos modos de cuidado (BARONI et al, 2009; DIMENSTEIN et al, 2005), deve ser primordial para a produção de um cuidado integral e de maior qualidade aos indivíduos em sofrimento mental (DIMENSTEIN et al, 2005).

Assim, ressalta-se a importância das pesquisas relacionadas à temática da medicalização da depressão e suas formas de cuidado à saúde em razão de promover discussões construtivas sobre as limitações das estratégias de cuidado à saúde de indivíduos com diagnóstico de depressão na rede Atenção Básica, local este que recebe uma demanda espontânea de pessoas com os mais variados tipos de sofrimentos psíquicos subproduto da medicalização. Em virtude disso, esta pesquisa propõe discutir a ruptura entre diferentes formas de pensar sobre saúde e sua prática, pretende expandir as discussões dos profissionais defensores do modelo clássico de cuidado à saúde e de outros mais engajados no movimento da reforma psiquiátrica que valorizam sua importância social. Faz-se necessário investigar as potencialidades e as limitações das estratégias de cuidado utilizadas para depressão, para a consolidação de propostas de políticas de saúde mais justas e equânimes a partir de práticas voltadas à singularidade e à complexidade dos transtornos mentais, incentivando a reflexão sobre os conceitos, práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas, visto que as teorias e os modelos já estabelecidos mostram-se insuficientes diante das demandas de indivíduos com sofrimento mental. Assim, o objetivo desta pesquisa foi de analisar as tendências medicalizantes e desmedicalizantes das formas de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão a partir dos relatos da equipe de saúde.

## Metodologia

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa, pressupondo trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações. (MINAYO, 2010). A pesquisa se classifica como de campo, pois objetiva conseguir informações e conhecimento acerca de um problema mediante a observação dos fenômenos tal como eles ocorrem, e descritiva, pois tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada realidade.

O estudo foi conduzido nas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, que estão distribuídas em cinco distritos sanitários, a saber, Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Foram selecionadas cinco, das quarenta e nove Unidades Básicas de Saúde, sendo uma de cada distrito

sanitário, para fazer parte do estudo, definidos a partir da técnica de amostragem aleatória simples (CRESWELL, 2010).

Participaram desta pesquisa, profissionais da área da saúde, trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, a seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem do tipo intencional. Foram observados os seguintes critérios para a seleção dos participantes da pesquisa: (1) realizar atendimento ou prestar assistência aos indivíduos com diagnóstico de depressão; (2) estar presente no período em que a pesquisa estiver sendo realizada e (3) aceitar participar da pesquisa mediante compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram deste estudo cinco profissionais da área da saúde, entre eles, médico, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em semi-estruturadas, individuais e gravadas. Os temas utilizados para o norteamento da entrevista foram: (1) Fale o que você entende por depressão. (2) Como você definiria uma pessoa com depressão? (3) Descreva quais as estratégias de cuidado à depressão utilizadas por você no seu local de trabalho. (4) Descreva as estratégias de cuidado à depressão utilizadas no seu local de trabalho. Fale sobre elas. (5) Fale sobre como você avalia a prescrição de psicofármacos na Unidade de Saúde em que você trabalha. (6) Como você avalia a possibilidade de implementação de outras estratégias de cuidado inovadoras e que não sejam as hegemônicas, na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha?

Os dados foram analisados seguindo a análise de conteúdo temático, seguindo-se três fases para análise dos dados: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados. A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob o parecer de nº 200.442.

## Resultados e Discussão

### Os sintomas unificadores

Atualmente os profissionais de saúde se utilizam de definições encontradas em listas de manuais clássicos de psiquiatria, para realizar o diagnóstico, avaliações e triagens. As críticas ocorridas nas décadas de 1960 e 1970, sob a afirmação de que alguns psiquiatras estariam realizando diagnósticos diferentes para indivíduos com os mesmos sintomas, fizeram com que, em 1980, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM passasse a utilizar listas de sintomas, cujo objetivo era de estabelecer definições mais claras e específicas para cada transtorno (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). O Protocolo de Atenção de Saúde Mental, do município de Florianópolis elaborado de 2010, sugere que os métodos de diagnósticos de depressão sejam realizados a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos - CID e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, assim, corroboram com a ampliação do discurso sintomático, por vezes descontextualizado, utilizado por profissionais médicos ou não.

Este cenário foi observado nas Unidades Básicas de Saúde, onde, os relatos de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem perpassam, por um discurso semelhante que unifica os sintomas da depressão advindos do CID e do DSM. Quando os entrevistados foram estimulados a falar sobre o que entendiam por depressão e quais sintomas reconhecem, surgiram as seguintes respostas,

Depressão é um sofrimento psíquico, que a pessoa não está conseguindo lidar. Os sintomas que eu observo são: se está dormindo bem, desmotivação

e dificuldade para lidar com alguma situação. É alguma coisa com o corpo. (Entrevistado 1)

Quando a pessoa chega a unidade relatando alguma tristeza sem motivo, falta de perspectiva, esta desmotivada e estes aspectos estão começando a atrapalhar a vida social e no trabalho, são sintomas que eu começo a perceber que pode ser depressão. Eu observo se estes sintomas são por um longo tempo ou não, só por uma ou duas semanas eu não considero grave. (Entrevistado 3)

Os sintomas que eu observo são alteração de sono e das motivações em relação às coisas da vida, ansiedade, desânimo, isolamento, choro e tristeza sem causa aparente, falta de energia e disposição, não consegue mais trabalhar e fazer suas atividades do dia-a-dia. (Entrevistado 5)

Observou-se um discurso encontrado nos manuais de diagnósticos da depressão, onde, os sintomas relatados são reconhecidos pelos profissionais médicos ou não, de modo semelhante, fato que prolifera o número de diagnósticos de depressão baseados em uma definição, a partir de sintomas, que apresenta muitas limitações teóricas podendo se mostrar falha e ineficiente. Os sintomas descritos no DSM podem ser facilmente confundidos com características inerentes e naturais do nosso cotidiano, induzindo ao erro no diagnóstico de depressão. Segundo Horwitz e Wakefield (2010), as definições demasiadamente amplas podem deslocar um transtorno diagnosticado para qualquer nível que se deseja, principalmente por se tratar de sintomas como tristeza, insônia e fadiga, comuns em pessoas afetadas pelo transtorno ou não.

Além da definição de depressão estar associada aos sintomas, e serem estes os aspectos principais analisados pelos profissionais em seus locais de trabalho, observa-se que somente em um dos relatos o cuidado com o tempo de duração dos sintomas apresentados pelos pacientes foi considerado, indicando um possível cuidado durante a consulta, no sentido de avaliar a persistência dos sintomas no contexto da narrativa. No entanto, a narrativa da vida do paciente, aparece como um instrumento de busca pelos sintomas da depressão e não como uma possibilidade de compreensão ampliada do processo pelo qual o paciente relata, “como está seu dia-a-dia? Como é que estão as coisas? As vezes a depressão aparece. Se não aparece a gente vai para uma pergunta mais específica (Entrevistado 2)”.

Observamos, uma preocupação pelas histórias de vida dos pacientes cujo objetivo é de servir como instrumento de coleta dos sintomas. Estes, por sua vez, tem a função de balizar e confirmar o diagnóstico. A abertura para escuta, quando realizada, não é utilizada para criar um espaço de reflexão propício para que a verdade do paciente emergja e amplie os seus espaços de liberdade e autonomia, mas sim para manter a perpetuação da cegueira do paciente, pois o profissional ao se colocar como “falso ouvinte” da história de vida do paciente, não possibilita que este resignifique o possível transtorno ou sofrimento psíquico (COELHO, 2012). As narrativas que antes ficavam esquecidas durante a anamnese, agora se tornam uma estratégia de confirmação do diagnóstico, a serviço da obtenção dos sintomas. A ancoragem da medicina orgânica fundamentada pela neurologia permite expor o campo sintomatológico a uma condição de norma, esta entendida como regularidade funcional, ajustada e adaptada que se opõe ao patológico (FOUCAULT, 2002). O corpo humano se tornou um espaço de origem, repartição e localização das doenças, onde cada parte é registrada nos atlas anatômicos, que nos permitem ter a noção de um corpo sólido e visível onde às doenças possuem territórios próprios (FOUCAULT, 2011). O paciente e sua história, na abordagem clínica, são transformados em história clínica e dados de exame. Fato que resultará em uma leitura médica da

situação, no sentido de identificar uma ou mais patologias da psique que devem estar localizadas no corpo. Ocorre, neste sentido, um desvio do olhar que marginaliza a vida do sujeito e seu adoecimento que se dá a partir das condições naturais da existência, e evidencia categorias e fatores etiológicos a partir da ideia de localização de algo anormal no corpo.

### Estratégias de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de depressão, utilizadas na rede de atenção primária

A atenção primária se apresenta como um local de recepção dos indivíduos em sofrimento mental e deveria se mostrar, também, como um espaço rico de possibilidades capazes de gerar mudança nos modos de vida destes indivíduos. As estratégias de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de depressão seguem o mesmo fluxo da demanda de outras formas de sofrimento mental. Verificou-se que as estratégias de cuidado, ao indivíduo com diagnóstico de depressão, utilizadas nas unidades básicas de saúde que fizeram parte desta pesquisa foram: (1) Acolhimento; (2) Consultas de saúde mental; (3) Encaminhamento ao médico da família ou psiquiatra; (4) Grupos de apoio e (5) Auriculoterapia.

O acolhimento, segundo Brasil (2013), é uma ação que pode ser realizada por qualquer integrante da equipe de saúde, devendo ser um dispositivo para formação de vínculo entre o profissional e o usuário. Segundo a Rede humaniza SUS, o acolhimento é a recepção do usuário na rede, onde o profissional deverá ouvir a queixa, permitir que ele expresse suas preocupações, colocando os limites necessários, de forma que seja garantido a este usuário, atenção resolutiva em articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Traz como proposta central retirar do médico a função de único protagonista do cuidado, além de ampliar as tarefas clínicas a outros profissionais para que novas abordagens terapêuticas possam ser incluídas (TESSER et al, 2011). Na fala dos entrevistados:

O acolhimento, o primeiro contato normalmente é comigo (enfermeira) ou com outra enfermeira. É importante para conhecermos o círculo social e familiar das pessoas. E a partir daí verifico se vou encaminhar para o psiquiatra ou não. (Entrevistado 3)

O acolhimento aparece como a primeira estratégia de cuidado utilizada pela equipe, onde o profissional se utiliza do discurso do usuário para fazer uma avaliação do mesmo, e assim encaminhá-lo para o médico. “Geralmente a gente conversa, o que tem necessidade a gente passa para o médico.” Em outra fala, “o primeiro momento é o acolhimento, e quem realiza é o enfermeiro. Depois eu encaminho primeiro para uma consulta médica”.

No entanto, observou-se que o acolhimento não se mostra com um espaço de escuta acolhedora e cuidadora, mas adquire outras funções, como, identificar, a partir do discurso dos usuários a necessidade ou não de encaminhamento ao médico e a criação de vínculo com o usuário e a equipe. Em sua primeira função, utiliza-se do discurso do usuário como instrumento de coleta de dados, assim, obtém-se informações que servirão de suporte para confirmação do encaminhamento ao médico, que se dá a partir do reconhecimento dos sintomas de depressão. A criação de vínculo é apontada também como uma estratégia de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão, neste caso, o estabelecimento de vínculo se dá a partir de uma escuta acolhedora, que deve estimular o usuário para que se sinta a vontade em procurar o serviço básico de saúde sempre que necessário, e, neste caso, a unidade e a equipe devem estar disponíveis para recebê-lo. Segundo Brasil (2013), no momento do acolhimento deve ficar claro ao usuário que a equipe da unidade de saúde estará disponível para acolhê-lo, acompanha-lo

e se necessário cuidar de forma compartilhada, com outros serviços, além dos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, implicando, se necessário na abertura de campos intersetoriais.

O que a gente mais usa como estratégia de cuidado é o estabelecimento do vínculo, é tentar se vincular ao paciente. O principal é a nossa tentativa de criar vínculo. Deixo sempre em aberto, uma consulta para quando a pessoa precisar falar. (Entrevistado 4)

Observou-se o estabelecimento de uma relação de fidelização do usuário à rede, a ideia de vínculo aparece dissociada do contexto de aproximação e acompanhamento do usuário, oferecendo-lhe os serviços necessários para ampliação de sua saúde, conforme os princípios de diretrizes gerais da atenção básica que preveem o desenvolvimento de ações com uma atenção integral com capacidade de influenciar na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de sua saúde. (BRASIL, 2011). Segundo Tesser e Teixeira (2011), quando o vínculo está estabelecido, chega o momento de reconhecer um projeto terapêutico com o objetivo de construir maior autonomia e de ampliar a autoconfiança do usuário. “A ideia principal é para que o usuário fique mais vinculado com a gente.”

Outra forma de cuidado utilizado nas unidades de saúde é a consulta de enfermagem. Esta é uma atividade exclusiva do enfermeiro, cuja função é de identificar problemas de saúde-doença, favorecendo a elaboração de diagnósticos, possibilitando a construção de ações que contribuam para promoção da saúde do paciente, a partir de intervenções compatíveis com a realidade dos mesmos. Possibilita também, a elaboração de estratégias para detecção precoce de desvios e problemas de saúde com vistas a promoção do bem-estar físico e emocional. Neste sentido, torna-se necessário ouvir o paciente de modo reflexivo e genuíno com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica (BRASIL, 2013; CANABRAVA et al, 2011). Segundo um participante, “Temos uma agenda de saúde mental, as enfermeiras que organizam. Elas já realizam o acolhimento ali e já agenda quem precisa para fazer uma avaliação na consulta de saúde mental.”

O acolhimento e a consulta de enfermagem são estratégias que se encontram desconfiguradas e com propósito, outro, que não para as quais foram originadas. Encaminhar o usuário aos médicos de saúde da família e ou psiquiatra, é a forma de cuidado mais utilizada nas unidades de saúde visitadas, neste caso, observa-se uma lógica de centralização dos cuidados para os médicos.

Os grupos de apoio e terapêuticos também são considerados ações de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão. Todas as unidades de saúde abordadas utilizam-se deste recurso como apoio a demanda de saúde mental. Segundo Souza e Fraga (2011) o trabalho desenvolvido com grupos constitui um dos principais recursos terapêuticos em diferentes contextos da saúde, entretanto, mais especificamente na saúde mental. A ampliação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a criação de políticas de assistência ao indivíduo em sofrimento mental, voltadas à atenção primária, deram lugar de destaque aos trabalhos grupais. O processo grupal, quando bem planejado, pode permitir uma rica troca de experiências e transformações subjetivas, onde a diversidade de trocas de conhecimentos possibilita possíveis identificações com seus pares, resultado da pluralidade de seus integrantes (BRASIL, 2013; FRAGA; SOUZA, 2011).

Nós convidamos a pessoa a entrar no grupo se ela é elencada, se tem condições de estar num grupo. No grupo não podemos misturar certas coisas. Têm pacientes que estão muito comprometidos e para um trabalho de grupo talvez não seja bom. A pessoa pode entrar no grupo nos casos de

uma depressão leve e moderada, depressão grave seria mais difícil porque teria que ser um grupo específico, com pacientes muito semelhantes. Grupos com pessoas muito diferentes a coisa complica.

Os grupos são formados por usuários previamente classificados, a partir de critérios aparentemente objetivos, que se dão a partir do diagnóstico de depressão leve ou moderada, e se faz uso contínuo de medicamentos. Caso o usuário cumpra estes pré-requisitos, poderá participar das atividades de grupo. O grupo deve se caracterizar como uma oferta de serviço e mais um aparato na ampliação da rede social em seu território, não deve ser pautado em caráter normativo como vem se conformando a oferta de serviços na rede de atenção primária. Principalmente no que tange ao trabalho de grupo na atenção primária os métodos devem superar a ideia de normas e classificações e primar pela diversidade grupal, reconhecendo e fazendo-se reconhecer como membros pertencentes a um território comum (BRASIL, 2013).

Em outras unidades de saúde, observou-se a existência de grupos de auto-ajuda, que são abertos, modalidade de grupo onde as pessoas tem livre acesso. Nestes casos, o objetivo está associado em proporcionar atividades físicas, exercícios de relaxamento e orientações alimentares gerais. Estas experiências de grupo parecem facilitar a ampliação da rede social dos participantes, possibilitar acesso a informações alimentares e a exercícios de relaxamento que, por vezes, podem lhes ser úteis. “Temos grupo de yoga, que é divertido, é bem relaxante e isso ajuda nas relações sociais dos usuários.”

Observou-se que a equipe considera os trabalhos de grupo importantes e que promovem benefícios aos usuários, mas funcionam em uma lógica assistencialista, oferecendo serviços e informações sem, contudo, ampliar ou estimular algum nível de autonomia e atenção psicossocial.

Encaminho também para um grupo aberto, grupo de auto cura, onde trabalhamos com a questão da movimentação, com uma educadora física; a alimentação, com a nutricionista, e relaxamento, em parceria com uma professora de yoga da comunidade.

Outra estratégia de cuidado utilizada por alguns profissionais foi a auriculoterapia, técnica de origem chinesa, e, portanto, segue os princípios e fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa. A auriculoterapia é uma técnica de estimulação de pontos reflexos, localizados no pavilhão auricular, cuja função é de regular, nutrir e equilibrar as funções do corpo. A seleção dos pontos reflexos se dá, por meio de métodos de avaliações específicos da terapêutica tradicional chinesa que valorizam as informações subjetivas do indivíduo. Neste sentido, não cabe a aplicação de auriculoterapia a partir de protocolos pré-determinados, pois estes estão condicionados a tratar somente os sintomas, que neste caso, estarão descontextualizados, fato que fomenta a medicalização.

Devemos considerar que nos casos dos grupos há uma disposição de alguns integrantes da equipe em criar outras formas de cuidado, além das já existentes. Entretanto, elas ainda se mantêm em uma lógica medicalizante, com a ausência de estratégias para lidar com as dificuldades e sofrimentos fora do campo médico ou da unidade de saúde.

## O medicamento: a principal estratégia de cuidado

Os medicamentos ainda se configuram como principal estratégia de cuidado e tratamento aos indivíduos com diagnóstico de depressão na rede de atenção básica observada nesta pesquisa, segundo Nogueira (2010) toda

observação mediante exame médico resulta em alguma doença específica e, portanto, na prescrição de um medicamento.

A medicalização está sendo grande na verdade. Principalmente a enfermagem e a psicologia, vemos que nem todo mundo necessitaria de medicamento. Teriam outras formas de abordar e de tratar a depressão, mas por parte dos médicos vejo que ainda é muito medicado, qualquer sintoma já vai para o medicamento. Aqui temos uma médica que tenta encaminhar antes de dar medicamento. Ela passa para as consultas de enfermagem para ver se a pessoa consegue reagir, lidar bem com o problema para não ter necessidade de precisar do medicamento. Mas na maioria dos atendimentos médicos, onde se observa que tem sintoma de depressão já vai logo para o medicamento.

A utilização do medicamento se torna ainda mais fundamental, pela falta de outras técnicas de cuidado na rede de atenção primária, onde as terapêuticas não medicamentosas são inoperantes.

A medicalização já logo no início, é bem comum. Aqui nesta unidade eu percebo que é um pouco diferente, os profissionais percebem um pouco não só o problema da pessoa, mas tudo que está em sua volta, então assim, não existe só a queixa.

Observou-se que a utilização do medicamento é uma prática comum e se afirma como único recurso disponível àqueles que se encontram em depressão e necessitam de algum cuidado. Segundo Dimenstein et al (2005), a prescrição de medicamentos está fortemente relacionada a indústria farmacêutica, a força do modelo biomédico apoiado pela biologização do processo saúde-doença, as concepções de práticas de saúde e a busca pela felicidade e bem-estar constante.

O que eu percebo é que existem casos, e às vezes são até muitos, em que no começo de uma situação de depressão ou até por um período, é necessário o apoio medicamentoso. Para a pessoa conseguir resgatar a força dela para tomar alguma atitude frente ao problema. Em alguns momentos ela está incapaz mesmo e precisa da medicação de uma intervenção química mesmo.

Nesta fala, “com a medicação, na medida do possível, a pessoa vai resgatando a sua harmonia, vai sendo estimulada na sua autonomia para chegar até o motivo daquilo que está causando a depressão nela”. Neste momento, o sujeito não é mais proprietário de suas sensações e emoções e não é capaz de expressar livremente seus desejos, não há como falarmos em “resgatar força para tomar uma atitude frente ao problema ou resgatar harmonia e estimular sua autonomia” (COELHO, 2012, p. 109).

## A implantação de novas estratégias de cuidado na atenção primária

Para a implantação de novas estratégias de cuidado na atenção primária, se faz necessário uma equipe capacitada tecnicamente, e implicada no processo de cuidado, coordenadores e gestores comprometidos com o processo e que estejam aptos a colocar em prática os avanços conquistados no campo teórico, que coadunam com a proposta da Reforma Psiquiátrica com vistas a ampliação da atenção psicossocial.

A formação dos profissionais da saúde é organizada em especialidades com pouca integração entre as disciplinas, levando ao olhar fragmentado do paciente. Além disso, na formação básica, dos profissionais, não está previsto disciplinas que os estimulem a pensar no sujeito em sofrimento sob

várias perspectivas, aceitando a subjetividade dos mesmos. Sendo assim, a partir, de premissas que são primordialmente biológicas, se concretizaram estratégias de cuidado direcionadas a sintomatologia e predominantemente medicamentosas (YASSUI; ROSA, 2008).

Nas unidades básicas de saúde visitadas, nenhuma mantinha projeto de saúde mental, sendo que, as experiências e a simplicidade dos projetos realizados para esta demanda, surgiram de profissionais da equipe básica das unidades, que se sensibilizaram ou já tinham alguma afinidade com o campo da saúde mental. As ações como, grupos, agenda de consulta de saúde mental e auriculoterapia não foram estratégias sugeridas por coordenadores das unidades ou por gestores, entretanto, de forma geral, estes, não se apresentaram como barreiras para a implantação das ações já citadas. “A gente gosta e acaba abraçando a maioria das coisas da saúde mental. Não tem projeto para isso aqui, então a gente tenta ajudar as pessoas com as suas demandas, mas não tem nada específico.”

Os coordenadores das unidades básicas de saúde se mostraram cooperativos com a criação de ações de cuidado, relativas à saúde mental quando propostas por um profissional da equipe. No entanto observou-se que alguns profissionais da própria equipe se mostraram contrários a ampliação das formas de cuidado, além das medicamentosas. “Há os resistentes que não conhecem o trabalho e que continuam reclamando, que eu deveria estar aqui atendendo no que é convencional, mas eu acabo não me importando, tenho o apoio da coordenadora e isso é o que importa.” “Porque é uma demanda muito grande e ai achar espaço na agenda dela (psiquiatra) para colocar essas pessoas ficava difícil, então era mais rápido renovar a receita.”

Ocorre uma tendência dos profissionais da área da saúde em manter práticas de cuidado focadas no controle dos sintomas baseados em diagnósticos que definem as pessoas como portadoras de transtornos mentais, segundo Caponi (2012), as explicações reducionistas sobre o indivíduo em sofrimento mental, resultam em uma formulação restrita e limitada de novas estratégias de cuidado.

Às vezes a equipe e os usuários estão muito focados do imediatismo. As pessoas vêm com essa demanda imediata de querer medicação é mais fácil medicaliza-los. É mais fácil liberar o paciente com uma medicação. Ele se sente mais feliz e vai embora. É mais difícil trabalhar de outra forma.

O modelo tradicional de cuidado baseia-se no princípio da doença-cura onde o fundamento é predominantemente orgânico. Desta forma, as estratégias de cuidado centradas na sintomatologia, tornam o medicamento uma opção plausível e rápida de alívio dos sintomas (YASSUI; ROSA, 2008). Então, sendo, o medicamento, capaz de trazer uma resposta imediata e solucionar rapidamente a queixa do indivíduo, torna-se também eficaz na diminuição de filas nas unidades básicas de saúde, que são crescentes, dando uma aparência de que a unidade está conseguindo dar conta da demanda espontânea por atenção médica. Este fato apresenta-se como um subproduto evidente do processo da medicalização dos sofrimentos, que ratifica o mal estar comum em doença e, portanto, passível de ser tratado. “Eles acham que é um dia de fuga meu, que eu estou saindo daqui, deixando de atender a demanda da unidade, para inventar que eu estou fazendo alguma coisa.”

O modelo de cuidado que se institucionalizou absolutiza um único saber. Segundo Amarante e Cruz (2008) a formação dos profissionais que trabalham com saúde mental deve conter em seu centro reflexões mais amplas, problematizadoras, e que contemplem em amplitude a experiência humana (AMARANTE; CRUZ, 2008).

Constatou-se que os profissionais não têm formação específica na área de saúde mental, seja por meio de cursos técnicos ou de atualização. O interesse pessoal na formação está diretamente vinculada a oferta destes cursos pelo município, circunstâncias estas que resultam na falta de conhecimento sobre estratégias inovadoras de cuidado ao indivíduo com depressão ou em sofrimento mental. A carência de possibilidades vislumbradas pela equipe da rede de atenção primária pode ser demonstrada pelas seguintes falas, “Acredito que outras formas de cuidado seriam interessante, como a acupuntura, auriculoterapia, técnicas de medicina alternativa.” “Nós adoráramos que cada vez mais tivesse atividade de grupo. Ali é onde as pessoas também podem se curar.”

## Considerações Finais

Acompanha-se uma tendência da rede de atenção primária de saúde em manter não só um discurso, mas práticas ainda medicalizantes. Observou-se a utilização do medicamento como principal forma de cuidado, e qualquer tentativa de fugir a este modo tradicional, rapidamente são sucumbidas pelo sistema hegemônico de saúde.

Em alguns relatos observou-se uma superficial tendência à caminho da desmedicalização, como o acolhimento e as consultas de enfermagem que não tem força para se manterem além da lógica biomédica, os grupos, que poderiam ter potencial desmedicalizante, mas que são fundados a partir de critérios objetivos que determinam o diagnóstico, por fim, a auriculoterapia, uma prática de cuidado milenar que é utilizada de forma descontextualizada, e que, não consegue fugir a lógica dos sintomas universais e se sucumbe ao âmbito dos protocolos.

Temos o desafio de não só colocar a doença entre parênteses, mas também de sermos capazes de mudar o nossos espaços, local onde nos sentimos seguros e confortáveis para realizar as tarefas cotidianas balizadas pelo saber biomédico. “Há que se reforçar inventar e diversificar o cardápio de ofertas e serviços” (TESSER; TEIXEIRA, 2011, p. 91) nas unidades básicas de saúde, de modo que se possibilite a criação de vínculos e experiências que facilitem a reorganização e construção de projetos de vida e relações mais saudáveis. É necessário tempo para assimilar formas de cuidado que exijam sentimentos genuínos do cuidador para com o cuidado, que necessitam de paciência e respeito em relação ao sofrimento do outro, que não pode ser marginalizado em detrimento de conhecimentos já pré-concebidos na formação de cada profissional e que lhes tiram de sua zona de conforto.

## Sobre o artigo

**Recebido:** 15/03/2016

**Aceito:** 12/11/2016

## Referências bibliográficas

AMARENTE, P.; CRUZ, L. B. **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

BARONI, Daiana Paula Milani; FONTANALL, Livia Maria. **Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina.** In *Mental*. Barbacena, v. 7, n. 12, jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 23 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Rede humaniza SUS. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília – DF, 2006. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/92>. Acesso em: 15 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial.** Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorio/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorio/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em 14 out. 2013.

CANABRAVA, D. de S. et al. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato de experiência. In **Ciência, cuidado e saúde.** Maringá, v. 10, n. 01, 2011.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

\_\_\_\_\_. Biopolítica e medicalização dos normais. In **Physys: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

CID-10. **Classificação Internacional de Doenças.** 10. ed. OPAS-OMS, EDUSP: 2007.

COELHO, J. R. **A tragicomédia da medicalização. A psiquiatria e a morte do sujeito.** Natal: Sapiens, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2010.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. In **Mental.** Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005.

DSM-Tm. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4. ed. Porto Alegre: ARTMED. 2002.

FLECK, M. P. de A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. In **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, v. 25, n. 2, 2003.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. In **Educação e pesquisa**. São Paulo, v. 33, n. 1, 2007.

HERNÁEZ, Á. M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In **Política y Sociedad**. Espanha, v. 42, n. 3, 2006.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **A tristeza perdida. Como a psiquiatria transformou a depressão em moda**. São Paulo: Summus, 2010.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e Bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. In **Psicologia & Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 3, 2008.

MATOS, E. G. et al. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. In **Revista de Psiquiatria**. Porto Alegre, v. 27, n. 3 dez. 2005.

McINTYRE, T. et al. **Impacto da depressão na Qualidade de Vida dos doentes**. **Saúde Mental**. Portugal, v. 4, n. 5, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOGUEIRA, R. P. A determinação objetal da doença. In Nogueira, R. P. (org). **Determinação social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 135-150.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. In **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 8, n. 1, 2003.

SOUZA, A. M. A.; FRAGA, M.N. de O. Grupo: Breve história. In SOUZA, A. M. A. (Org.) **Coordenação de grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011, p. 49-67.

TESSER, C. D.; TEIXEIRA, Beatriz de C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. In **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 83-95, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Programas e projetos sobre transtorno mentais**. Genebra, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/bra/en/>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

YASSUI, S.; ROSA, A. C. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. In **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 32, n.78/79/80, p. 27-37, jan./dez, 2008.