

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

BRUNO PASCALE CAMMAROTA

Depressão: percepção e práticas dos profissionais de saúde de uma Unidade de
Saúde da Família do município de Mesquita - RJ

Rio de Janeiro
2010

BRUNO PASCALE CAMMAROTA

Depressão: percepção e práticas dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do município de Mesquita - RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientadora Prof^a Dr^a Eliane Carnot de Almeida

Rio de Janeiro
2010

BRUNO PASCALE CAMMAROTA

Depressão: percepção e práticas dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do município de Mesquita - RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Eliane Carnot de Almeida
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Adriana Cavalcanti de Aguiar
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Sandra Lucia Correia Lima Fortes
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho aos meus pais Mario e Rosina e ao meu irmão Marcelo pela dedicação e paciência comigo, aos pacientes com transtorno mental, aos profissionais de saúde que trabalham até hoje comigo, aos meus professores do mestrado e à minha orientadora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora e orientadora Dr^a Eliane Carnot de Almeida, pelo apoio e encorajamento contínuos na pesquisa, aos demais Mestres da casa, pelos conhecimentos transmitidos, à Organização Pan Americana de Saúde, pela bolsa de incentivo oferecida a este mestrando e à psicóloga Maria Cristina Rodrigues Pereira, pelo incentivo e amizade ao referido mestrando.

O bom humor espalha mais felicidade que todas as riquezas do mundo. Vem do hábito de olhar para as coisas com esperança e de esperar o melhor e não o pior.

(Alfred Montapert)

RESUMO

Este trabalho apresenta a percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família, em Mesquita, sobre a depressão na população atendida e sobre as condutas desenvolvidas diante desta doença. A depressão é uma doença complexa, envolvendo fatores biológicos e psicossociais, que não sendo tratada pode acarretar prejuízos individuais, sociais e levar até a morte. Os pacientes deprimidos atendidos na atenção básica apresentam perfis diferentes daqueles que freqüentam os serviços especializados. A idéia de que depressão não é doença, o preconceito social e dos profissionais e os sentimentos negativos em relação ao paciente depressivo retardam o diagnóstico e o tratamento. Os profissionais de saúde desta unidade concebem a depressão como doença, realizando seu diagnóstico de forma empírica, desconhecendo critérios de classificação. O tratamento acontece na própria unidade, apesar do desconforto emocional dos profissionais e da insuficiente capacitação na área de saúde mental. Fica evidenciado a necessidade de maior participação do CAPS e do CAPS AD do município junto às equipes de Saúde da Família, através de reuniões de periodicidade regular, visando esclarecer os principais transtornos mentais.

Palavras-chave: Depressão. Atenção Básica. Profissionais de Saúde. Percepção. Práticas.

ABSTRACT

This work presents the perceptions of health professionals from a Family Health Unit, in Mesquita, a city of Rio de Janeiro, on the depression in the population served and their behavior against this disease. Depression is a complex disease, involving biological and psychosocial factors, which are not treated can lead to individual losses, social and even lead to death. Depressed patients treated in primary care have different profiles of those who attend specialist services. The idea that depression is not a disease, prejudice, social and professional circles and negative feelings towards the patient depressive delay the diagnosis and treatment. Health professionals of this unit think depression as a disease, making diagnosis empirically, without clinical criterions. The treatment takes place in the unit, despite the emotional distress of the professionals and insufficient training in mental health. It was evident the need of greater participation in CAPS, through regular meetings on a regular basis to elucidate the major mental disorders.

Keywords: depression, primary care, health professionals, perception, practices.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência humana adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC-LOAS	Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social
DSM IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition text revised
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Programa da Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID10	Classificação Internacional de Doenças na décima edição
ICPC	International Classification of Primary Care
ICPC 2	International Classification of Primary Care, 2 ed.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMAO	Inibidores da monoaminoxidase
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISRS	Inibidores seletivos da Recaptação de Serotonina
MAO	Monoaminoxidase
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MP3	MPEG-1/2 Audio Layer 3
MS/DAB	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
TC	Terapia Comunitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
USF	Unidade de Saúde da Família
WONCA	World Organization of Family Doctors

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 MAPA DE ABAIRRAMENTO

48

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	CATEGORIAS DE ANÁLISE POR GRUPOS	57
TABELA 2	GRUPO I- FATORES QUE CONTRIBUEM PARA LEVAR A DEPRESSÃO NO PONTO DE VISTA DESTE GRUPO	58
TABELA 3:	GRUPO II- FATORES QUE CONTRIBUEM PARA LEVAR A DEPRESSÃO NO PONTO DE VISTA DESTE GRUPO	59

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
1.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVA POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL	23
1.3	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	28
1.4	FATORES BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS NA DEPRESSÃO	34
1.5	CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO	37
1.6	TRATAMENTO DA DEPRESSÃO	40
2	JUSTIFICATIVA	44
3	QUESTÕES NORTEADORAS	45
4	OBJETIVOS	46
4.1	OBJETIVO GERAL	46
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
5	METODOLOGIA	47
5.1	CENÁRIO DA PESQUISA	47
5.2	SUJEITOS DA PESQUISA	50
5.3	COLETA DE DADOS	51
5.4	ANÁLISE DOS DADOS	53
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6.1	PERCEPÇÃO DA DEPRESSÃO	58
6.1.1	Depressão como doença mental	58
6.1.2	Depressão como Sentimento de Tristeza Profunda	60
6.1.3	Outras definições da Depressão	60
6.2	ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO	61
6.3	REAÇÃO FRENTE AOS SINTOMAS	62
6.4	AÇÕES DESENVOLVIDAS DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS	64
6.5	CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	66
7	DISCUSSÃO	67
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
9	REFERÊNCIAS	80
10	ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença de abordagem complexa por envolver fatores biológicos e psicossociais. Quanto aos fatores biológicos considera-se o modelo de interação entre os diversos sistemas de neurotransmissão, tais como diminuição de serotonina e aumento de noradrenalina.

Entre os fatores psicossociais podemos citar desemprego, frustrações, auto-crítica exagerada, ambientes estressantes, uso de drogas, separações, alcoolismo, dentre outras. Essas situações podem levar a diminuição da auto-estima, desânimo, medo, gerando dificuldades na adaptação do indivíduo ao meio, podendo acarretar, com o tempo, a instalação da depressão.

Anteriormente à Reforma Psiquiátrica, o tratamento da depressão e de outros transtornos psiquiátricos nos casos mais graves era feito através de internações em hospitais psiquiátricos por longos períodos, sem a preocupação com a exclusão social que esta intervenção causava, entre tantos outros problemas.

Como será apresentado posteriormente, a Reforma Psiquiátrica iniciada no Brasil desde a década de 70 traz novas perspectivas ao tratamento psiquiátrico. Entre estas estão o resgate da cidadania do paciente com transtorno mental, sua reinserção social e a criação de novos dispositivos para atenção em saúde mental.

A preocupação com a garantia dos direitos e deveres dos sujeitos portadores de transtorno mental se expressa na Lei Federal nº 10216/2001 que cria dispositivos de desospitalização como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, criação de projetos como “De Volta para Casa”, entre outros. Essa lei garante o respeito ao sigilo das informações sobre a doença e tratamento, a proteção em relação às internações que passam a ser reguladas pelo

Ministério Público, visando, assim, a proteção e a inclusão social do sujeito portador de transtorno mental.

A reforma psiquiátrica enfatiza a redução das internações, sendo uma das estratégias propostas, o início da abordagem ao paciente o mais precocemente possível nas unidades de atenção básica. Esta estratégia terá mais efeito, a partir do momento em que haja a integração de profissionais da área de saúde mental com as equipes das unidades de saúde da família (FORTES, 2006).

Entretanto, há muitas vezes, resistência por parte dos profissionais de saúde da atenção básica em acolher e tratar pacientes com quadro de transtorno mental, incluindo os sintomas depressivos, por não considerarem os sintomas depressivos como um processo patológico, mas apenas como um sentimento de tristeza que por si só acabará, o que retarda o início do tratamento.

A atenção básica cada vez mais adquire importância no atendimento de indivíduos com transtorno mental, principalmente a partir da década de 1980. Optou-se por utilizar a denominação “atenção básica” em virtude do termo ser bastante utilizado nas Unidades de Saúde da Família, embora o termo Atenção Primária também esteja muito utilizado.

Nos Estados Unidos, o estudo “Epidemiologic Catchment Area Study” observou que 40 a 60% de pacientes com transtornos mentais sendo atendidos na atenção básica. (SHAPIRO *et al.*, 1984).

No Brasil, Fortes, Villano e Lopes (2008) realizaram estudos com pacientes atendidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Petrópolis, no Estado do Rio de Janeiro, concluindo que 56% dos sujeitos avaliados por estas equipes apresentavam algum transtorno mental comum (TMC), sendo que desses, 33% apresentavam transtorno mental de maior gravidade.

Esses pacientes costumam apresentar um perfil diferente dos pacientes que freqüentam os serviços especializados. São pacientes que apresentam quadros depressivos e ansiosos de leve intensidade, agudos, sem a necessidade de utilizar medicamentos.

O termo Transtorno Mental Comum foi formulado por Goldberg e Huxley (1992), e consiste em sintomas como insônia, irritabilidade, amnésia, cansaço, dificuldade de concentração e cefaléia.

De acordo com Fortes (2004), a apresentação do TMC aparece principalmente na forma de queixas somáticas inespecíficas e acaba por tornar-se um problema nos serviços de saúde, cujos médicos generalistas demonstram dificuldade em reconhecer e diagnosticar sintomas como parte 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 dos serviços médicos” (FORTES, 2004, p. 10).

Fortes (2004) ressalta ainda a dificuldade de enquadrar esse sofrimento, quando manifestado como somatização, devido ao fato do termo ser genérico e também poder haver confusão com o termo encontrado nos manuais de Psiquiatria - “transtorno de somatização”. A autora acrescenta a existência de somatizadores verdadeiros e de apresentação. Os verdadeiros são aqueles que acreditam que seu sofrimento psíquico é de causa orgânica e descartam que sejam de origem emocional. Já os de apresentação são aqueles que apresentam a queixa somática como a primeira forma de demonstrar seu sofrimento, acreditando que suas queixas somáticas referem-se a problemas relacionais de alguma ordem.

O transtorno mental comum está relacionado com baixa renda, baixa escolaridade, desemprego, afetando muito a mulheres e migrantes (FORTES, 2004).

Villano (1998) realizou um inquérito diagnóstico com o objetivo de avaliar o impacto de problemas psicológicos e a morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos. Observou que os homens apresentam menor desconforto psicológico do que as mulheres. Outro dado digno de nota neste estudo foi que na medida em que a idade aumentava as prevalências de depressão, problemas relativos ao álcool e desconforto psicológico foram diminuindo, o que é oposto ao encontrado na literatura de uma forma geral.

O TMC representa um modelo dimensional que consiste na relação entre os sintomas individuais, sem necessariamente haver agrupamento dos sintomas, diferente dos diagnósticos dos modelos da psiquiatria que são baseados em categorias, ou seja, são agrupamentos de sintomas observados pelo clínico. (GOLDBERG, 2005). No entanto, o que mais predomina nos manuais de Psiquiatria é a classificação em categorias, inclusive para o transtorno depressivo.

São duas as classificações utilizadas para o transtorno depressivo: a Classificação Internacional de Doenças na décima edição (CID-10) e “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition” (DSM IV-TR, 2002).

O CID-10 é preconizado pela Organização Mundial de Saúde desde 1993, as escolas médicas brasileiras adotam este tipo de classificação para formação de profissionais. Com base nisto, a dissertação adotará o CID-10 para classificação da depressão por especialistas.

Segundo a CID-10, dependendo da forma como os sintomas são experimentados, a depressão será classificada como leve, moderada ou severa. A depressão é caracterizada por falta de prazer e humor deprimido.

De acordo com o DSM IV-TR, para ser caracterizado como depressão, este quadro ou os sintomas deve estar presente por no mínimo duas semanas e causar prejuízo significativo na vida do indivíduo.

O DSM IV-TR é, portanto, um manual diagnóstico e estatístico, que foi adotado pela Associação de Psiquiatria Americana. As principais características são: descrição dos transtornos mentais, agrupamento de sintomas que representam os respectivos critérios diagnósticos, descrição das doenças e dos aspectos associados a estas e da busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental.

O uso do DSM IV-TR é limitado e trouxe também inúmeras desvantagens. A primeira delas diz respeito ao próprio sistema, que produziu uma excessiva fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais. Assim, muitos pacientes precisam receber simultaneamente inúmeros diagnósticos. Fóbicos sociais, por exemplo, recebem em 80% dos casos, outro diagnóstico correlato (LECRUBIER, 1998).

A segunda dificuldade diz respeito ao profissional que vai utilizá-lo. Em mãos inexperientes, os resultados podem ser desastrosos. Muitos sintomas são superpostos a diversos quadros clínicos, e a decisão de sua origem, ou de qual estado eles fazem parte, deriva exclusivamente do clínico. Esta decisão é oriunda dos conhecimentos teóricos de psicologia, psicopatologia e psiquiatria, do treinamento adequado e da experiência acumulada ao longo dos anos de exercício da profissão (CHENIAUX, 2005).

Entretanto, estas classificações são utilizadas por especialistas. Com o objetivo de adaptar a CID-10 ao contexto da assistência básica foi elaborada pela World Organization of Family Doctors (WONCA), a International Classification of

Primary Care (ICPC) - Classificação Internacional de Cuidados Primários (básicos) (VAN DER HEYDEN *et al.*, 2004).

A classificação adotada pelo ICPC tem como principal característica a inclusão de queixas expressas pelos pacientes e dos problemas de natureza social.

O ICPC é um sistema de códigos clínicos voltados especialmente para a área de atendimento primário. Sendo assim, as informações classificadas são relacionadas aos sintomas do paciente de maneira simples, sem o uso de termos médicos, respeitando uma das principais características do atendimento da atenção básica.

Para garantir a capacidade de comparação dos seus códigos com os da CID-10, a ICPC sofreu uma revisão em 1998 pela WONCA, que ficou conhecida como ICPC-2. Esta tem estrutura composta por dois eixos: o primeiro eixo apresenta informações que envolvem os sistemas do corpo humano, psicológicos e sociais aos quais os relatos se referem; o segundo apresenta informações sobre o tipo de relato, tais como: diagnósticos, procedimentos, sinais e sintomas e doenças. O código de um motivo de consulta é composto por uma letra, que representa o primeiro eixo, e dois dígitos numéricos, que representam o segundo eixo. No caso de perturbação depressiva, seria representado pelo termo “psicológico” (P). O segundo eixo representa a presença de um diagnóstico (76). Logo, a perturbação depressiva é descrita pelo ICPC 2, como P76.

Essa classificação, porém, ainda é pouco utilizada no Brasil, e os profissionais de saúde da atenção básica ainda não a utilizam por desconhecerem seu funcionamento. A CID-10 tem sido o instrumento de diagnóstico das doenças na atenção básica mais freqüentemente utilizado. Esta, porém, não leva em consideração as condições do ambiente em que o indivíduo está inserido,

priorizando o entendimento da doença como um conjunto de sinais e sintomas. A CID-10 vai de encontro ao modelo de formação médica, que é segmentador, privilegiando a formação de especialistas, que têm o enfoque voltado para doenças, excluindo o sentimento do doente e seu ambiente. Este tipo de visão segmentar acaba por dificultar a resolubilidade de doenças.

Para reverter este tipo de modelo de formação, o Ministério da Educação (MEC) homologou novas Diretrizes Curriculares para os cursos da área de Saúde, que privilegiam a formação de profissionais generalistas. Entretanto, há profissionais que têm dificuldade para entender a sua função nas equipes de Atenção Básica. Por isso, há necessidade de recorrer a especialistas no intuito de garantir acesso a educação continuada e permanente para aumentar a resolubilidade dos casos.

Um exemplo disso é a criação das equipes matriciais na atenção básica, que permite a participação de especialistas na área de saúde mental para capacitar as equipes de Saúde da Família, no intuito de fornecer informações sobre os transtornos psiquiátricos.

Logo, aumentam a possibilidade de ações de educação permanente para os profissionais da ESF, elevando, assim, a resolubilidade de um percentual dos casos de doenças psiquiátricas gerando uma diminuição do número de encaminhamentos para serviços de saúde especializados (FORTES, 2006).

Este estudo teve como objetivo pesquisar a percepção e as práticas dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do município de Mesquita.

1.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) passa a ser denominado “Estratégia de Saúde da Família (ESF)” pelo Ministério da Saúde, visto que o termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, enquanto que o que se propõe são ações contínuas que representa uma estratégia de reorganização da assistência em saúde. A ESF foi criada no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, inspirado nas experiências desenvolvidas na área da saúde em países como Cuba e Canadá.

A ESF é um marco importante no setor saúde, utilizado como mecanismo para atender ao disposto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. A ESF representa um processo de dinamização do SUS, com a participação de gestores de todas as esferas de governo, profissionais de saúde e a população.

A ESF é a principal estratégia de reorganização dos serviços de saúde e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, visando a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (BRASIL, 2006).

A ESF está organizada de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde: integralidade, equidade e participação social. A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. A ESF tem caráter prioritário no campo da vigilância à saúde, estando, suas ações, centradas no território. Isto significa que em grande medida a normatização da Estratégia inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente (CAMPOS, 1994; MERHY; ONOCKO, 1997).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as equipes da ESF são formadas por:

“...um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental” (MS/DAB, 2004).

A ESF reconhece que a mudança do modelo assistencial ocorre a partir da reorganização do processo de trabalho. Logo, por este modelo recente, há a valorização do trabalho dos diversos profissionais sem a submissão à opinião do médico. Cada profissional de saúde desempenha um papel importante dentro da equipe. Os agentes comunitários de saúde (ACS) têm um papel de destaque, em virtude de residirem no local onde atuam, representando, assim, um elo entre a comunidade e os demais profissionais das equipes de saúde da família. Esta situação permitiria que haja maior percepção das doenças mais prevalentes da comunidade e das situações de vulnerabilidade, refletindo em um aumento da resolubilidade. Em relação a saúde mental, os ACS desempenham funções, como: acompanhamento do paciente com transtorno mental na residência, comunicação com a equipe de Saúde da Família da região adscrita à comunidade, verificação sobre a tomada regular da medicação, entre outras. (BRASIL, 2006).

Os demais profissionais de saúde atuam principalmente na Unidade de Saúde da Família (USF). Estes realizam atividades de atendimento, acolhimento e educação em saúde. A ESF estabelece a clientela de 600 a 1.000 famílias, em um determinado território, que são adscritas a uma equipe de saúde. (BRASIL, 2006).

Embora, tenha-se avançado muito na taxa de cobertura nacional das Equipes de Saúde da Família, diversos problemas são identificados até hoje, contribuem para dificultar a implementação desta estratégia. Destacam-se problemas na

organização e forma de trabalho das equipes, organização da demanda em função da área adscrita, e nos tipos de vínculo empregatício. (BRASIL, 2006).

Quanto à forma de trabalho e organização da equipe, apesar do trabalho direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias da ESF que haverá superação do modelo biomédico, que está centralizado na figura do médico como o detentor do conhecimento. Outro aspecto relevante é que as visitas domiciliares não devem ser vistas como ferramenta exclusiva da ESF, e sim como um instrumento utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, caso seja necessário. O fato de realizá-las não significa que o médico tenha transformado sua prática centrada no modelo biomédico, nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais tenha deixado de ser estruturado pelos atos e saberes médicos. (BRASIL, 2006)

Outra questão é o fato que a população continua procurando os outros níveis de serviços de saúde, como os níveis secundário e terciário, quando estão em situações de sofrimento e angústia. Isto enfraquece a implantação da ESF, visto a população acabar por reivindicar e reforçar o modelo biomédico para responder às suas necessidades imediatas. (BRASIL, 2006)

Ainda existem disparidades entre os municípios quanto aos vínculos empregatícios ou dentro do próprio município, constatando-se diferentes vínculos dos profissionais da saúde da família. Dentre as formas de contratação estão cooperativas, contrato temporário, cargo efetivo, concurso público e ainda, cargo em comissão, estabelecendo vínculo temporário com a administração pública. Isto estimula insatisfações e rotatividade entre os profissionais de saúde. A rotatividade excessiva interfere na dinâmica do trabalho e do funcionamento da equipe de

Saúde da Família, produzindo diminuição da resolubilidade dos casos. (BRASIL, 2006)

Outro fator relevante, é que na ESF, o médico deveria ser predominantemente generalista. Entretanto, esta realidade não é observada nas USF. De acordo com pesquisa desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) nas USF do Brasil, a formação dos médicos que trabalhavam nas USF em 1999 era:

“... 1) medicina interna (28,38%); 2) medicina geral comunitária (14,39%); 3) pediatria (13,38%); 4) gineco-obstetrícia (5,88%); 5) cirurgia da mão (3,79%); 6) cirurgia geral (3,51%); 7) medicina sanitária (2,64%); 8) medicina do trabalho (1,49%); 9) anestesiologia (1,22%); 10) psiquiatria (0,88%)” (ENSP/MS/DAB, 2000).

Cabe destacar que houve avanço importante quanto à implementação da ESF, entretanto há muitas barreiras a serem vencidas para o completo funcionamento em território nacional tanto no nível de organização quanto à formação dos profissionais de saúde que atendem na atenção básica.

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVA POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

Até o século XVIII os indivíduos que apresentavam o que seria considerado doença psiquiátrica eram isolados em grandes asilos e hospitais, não havendo grande preocupação de tratá-los. No final do século XVIII, Philippe Pinel, médico francês, promoveu a reformulação do tratamento dos pacientes com transtornos mentais, tornando seu tratamento mais humano, condenando o tratamento baseado em superstições (SABBATINI, 1997).

Philippe Pinel foi o primeiro a distinguir vários tipos de psicose. Estabeleceu que cada doença era um conjunto de sinais e sintomas característicos. Elaborou

uma nova forma de abordar os pacientes com transtornos mentais. No entanto, esta abordagem estava centrada no meio hospitalar, não havia questionamento sobre a hospitalização ou preocupação com a exclusão social do paciente. (SABBATINI, 1997).

Os conceitos apresentados por Pinel foram utilizados como a base teórica para as Psiquiatrias francesa e alemã.

Na escola francesa, o neurologista Jean-Martin Charcot teve papel marcante. Dedicou-se ao estudo da hipnose e da histeria, que considerava uma fragilidade orgânica do sistema nervoso. Na escola alemã, destacou-se Sigmund Freud, que levava a biografia individual e os fatores psicológicos experimentados como fundamentais para elaboração da doença (SABBATINI, 1997).

Contudo, a maioria dos psiquiatras da segunda metade do século XIX passou a procurar uma causa orgânica para as doenças psíquicas, coexistindo, até o fim da primeira guerra mundial, a visão da doença mental baseada em duas hipóteses: a de natureza organicista e outra que determinava os mecanismos emocionais como os principais responsáveis pelas doenças mentais. A partir daí, houve preocupação com a normatização dos sintomas e de estabelecer terapêutica adequada.

Em 1927, experiências de tratamento com uso do choque insulínico para tratamento do paciente com esquizofrenia foram realizadas por Manfred Sakel. Em 1935, utiliza-se a lobotomia ou psicocirurgia elaborada por Egas Moniz para tratamento de indivíduos com transtornos mentais graves. Já em 1937, há os primeiros relatos da utilização da eletroconvulsoterapia. Sendo este último tratamento ainda realizado até hoje, entretanto realizado com indicações específicas, como: intolerância à farmacoterapia, intensa gravidade do quadro, não resposta do quadro a diversos tratamentos farmacológicos (SABBATINI, 1997).

A década de 50, depara-se com o início da Psicofarmacologia no tratamento dos transtornos psiquiátricos, com Jean Delay e Pierre Deniker descobrindo os efeitos da clorpromazina em pacientes psicóticos (KAPLAN, 2001).

A mudança de paradigma em relação ao tratamento do paciente psiquiátrico é proposta a partir da última metade do século XX, quando Franco Basaglia, psiquiatra italiano, faz uma crítica importante sobre o funcionamento das instituições psiquiátricas, sua abordagem e ao sistema de saúde mental, dando início ao movimento que ficou conhecido como Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1998).

Este movimento difundiu-se para o restante do mundo. No Brasil, ele tem início a partir do final da década de 70, com a crítica importante ao modelo de atenção em saúde mental vigente, levando à mobilização dos profissionais da saúde mental e familiares de pacientes com transtornos mentais (AMARANTE, 1998).

Um marco importante foi quando Franco Basaglia esteve no Brasil em 1979, e ficou perplexo ao visitar o Centro Hospitalar de Barbacena, Minas Gerais e fez essas denúncias nas conferências que fez no Rio de Janeiro. Sendo, posteriormente divulgadas na imprensa, estas denúncias resultaram na formação do movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (ROTELLI, 1992).

Rotelli (1992) relata que este movimento tinha a intenção de questionar o modelo privatizante do Ministério da Previdência e Assistência Social e reivindicava mudanças no modelo assistencial da saúde mental, em que houvesse a criação de dispositivos extra-hospitalares para superar o modelo hospitalocêntrico.

Em 1987, acontecem a I Conferência Nacional de Saúde Mental e em seguida, em Bauru o Segundo Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Este Congresso teve como mote: “Por uma sociedade sem manicômios”. Este movimento constituiu como essencial para que houvesse política de assistência

na área da saúde mental, buscando para isto a introdução de dispositivos extra-hospitalares e defesa do direito à cidadania do indivíduo com transtorno mental. (PASSOS, AMSTALDEN, 2005)

O movimento de reorganização da saúde mental aconteceu simultaneamente ao movimento de redemocratização política brasileira, que possibilitou, também, o movimento da Reforma Sanitária (AMARANTE, 1998).

Logo, pode-se fazer uma correlação entre a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária priorizou a promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo a atenção básica como reorientadora do sistema de saúde. Já Reforma Psiquiátrica privilegia a desospitalização e a criação de aparatos fora do meio hospitalar para permitir a reinserção social do paciente com transtorno mental.

Assim, de acordo com Lyra:

“... mudanças de um modelo centrado no hospital para criação de serviços territoriais abertos levou, inevitavelmente, ao encontro entre a saúde mental e a atenção básica nas comunidades” (2007, p. 53).

De acordo com Baptista (2007), a Reforma Sanitária acabou culminando com a Constituição de 1988, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição no seu art. 196 define o direito do cidadão e os deveres do Estado quanto à saúde:

“Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (1988, p. 292).

Nos seus arts. 197 e 198 a Constituição traz as diretrizes do Sistema Único de Saúde pautado nos princípios de assistência integral, descentralização, participação da comunidade.

Embora a Constituição Federal garanta o acesso universal ao atendimento em qualquer unidade de saúde pública da federação, no campo da saúde mental

não houve modificação significativa à elaboração de leis que assegurassem respeito aos direitos dos pacientes psiquiátricos.

Somente em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216, conhecida como “Lei Paulo Delgado”, que redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para internações arbitrárias ou desnecessárias:

“Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (2001, p. 1).

Houve o asseguramento de punição à profissionais, pessoas de direito físico e jurídico, que colaborassem para manter internações psiquiátricas sem nenhum critério. Concomitantemente, houve ampliação do atendimento a indivíduos com transtorno mental em ambientes extra-hospitalares, resultando na necessidade de criação de dispositivos que atendessem a esta nova situação de acolhimento do indivíduo com transtorno mental fora do hospital psiquiátrico. Para a concretização destes dispositivos, as equipes de Saúde da Família, que compõem a atenção básica, desempenham papel fundamental no atendimento à atenção destes pacientes.

1.3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Desde o século XIX, o hospital passou a ser o local onde havia o controle das doenças e a formação médica. Houve distanciamento da compreensão da subjetividade, fala do sujeito adoecido e do contexto social, passando o foco para o órgão, o doente. Este modelo passou a incorporar tecnologia, práticas mercantilistas e adotar o modelo centrado no conhecimento biológico em que o médico era detentor de todo o saber (SABBATINI, 1997).

Concomitantemente, havia exclusão da classe mais pobre, cabendo aos hospitais filantrópicos atender a estes indivíduos. Houve reivindicações por parte dos profissionais de saúde para melhoria dos serviços de saúde, culminando no fim do século XX com a criação do Sistema Único de Saúde.

A criação deste sistema através do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, decretou a universalização a assistência, sendo dever do Estado em todas as esferas garantir o cumprimento desta assistência. Contudo, o Sistema Único de Saúde sofre grandes pressões por contrariar às práticas mercantilistas do modelo vigente. Isto não impediu que venha se consolidando. Prova disso foi a criação da ESF, que tem permitido a reorientação do modelo assistencial, pautado no modelo biopsicossocial, em que se busca a inclusão da subjetividade do indivíduo, elementos do ambiente em que o indivíduo habita e compartilhamento do conhecimento de forma multidisciplinar.

A atenção básica é responsável pelo primeiro contato do paciente com o profissional de saúde, permitindo ao usuário identificar problemas e doenças que poderia não saber que tinha. Quando o acolhimento na atenção básica ocorre,

acaba por minimizar os custos em serviços especializados e contribui para diminuição das taxas de mortalidade e morbidade.

Todavia, apesar de aumentar o acesso da população ao atendimento da saúde, há dificuldades para fixar médicos nas Unidades de Saúde da Família, em virtude dos salários e da sua formação voltada para a especialidade. Outro fator importante é o fato de estar em contato com a realidade da comunidade assistida, causa ansiedade dos profissionais de saúde das USF, levando-os diversas vezes a evasão dos serviços (LYRA, 2007, p. 60).

Concomitantemente a implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde, houve o movimento de Reforma Psiquiátrica, incentivando numa mudança da assistência dos pacientes com transtornos psiquiátricos. Logo, o hospital deixou de ser o centro do tratamento e começou a transferência da assistência para os dispositivos extra-hospitalares, incluindo os de atenção básica, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, e concessão de benefícios para os portadores de doença mental crônica (BRASIL, 1993).

A Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, define que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado. Como entende que os portadores de agravos incapacitantes não têm como prover rendimentos, a assistência social deve garantir os mínimos sociais e a partir disso oferecer condições para que esta população obtenha uma fonte de renda. Isto é feito através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas da população.

Para isto foi criado o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS). Os beneficiários são indivíduos com mais de 65 anos e portadores de deficiência que deverão comprovar que a renda mensal per capita do

grupo familiar é menor que 25% do salário mínimo e que não tem possibilidade de gerar sua própria renda, com a perícia feita pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Em relação aos novos dispositivos em saúde mental, a Portaria 106 do Ministério de Saúde de 11 de fevereiro de 2000 regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos. Desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 1992 já havia a necessidade de criação desta estratégia a fim de iniciar o novo modelo de assistência psiquiátrica, a criação de lares com finalidade terapêutica, que possibilitassem a desospitalização dos pacientes de longos períodos de internação.

Esta Portaria permite a consolidação do modelo de reintegração social do paciente psiquiátrico em contraposição ao modelo hospitalocêntrico. Para o funcionamento destas residências é necessário o vínculo de uma equipe técnica mínima composta por um médico e dois profissionais de nível médio com experiência ou capacitação na área de Reabilitação.

Foi criada também a Portaria 336 do Ministério da Saúde de 19 de abril de 1992 que estabelece a criação dos CAPS, sendo estes responsáveis por ampliar a abrangência de serviços de atenção diária a pacientes com transtornos mentais graves. O CAPS funciona com atividades psicoterapêuticas como oficinas de artes, de dança e tratamento psiquiátrico. Funcionam para atender a pacientes que apresentam quadros mais graves, onde não haja risco de suicídio ou quando o paciente teve alta recente. Trata-se de uma terapêutica em uma unidade de saúde, em que há a participação de equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, dentre outros.(BRASIL, 2004)

Entretanto estes dispositivos são de alta complexidade. Observa-se que os profissionais de saúde da atenção básica apresentam contato com estes pacientes com transtornos psiquiátricos e podem ter dificuldades para atender e tratar a esta demanda. No intuito de aumentar a qualificação deste atendimento na atenção básica, o Ministério da Saúde (2003), através das áreas técnicas de saúde mental e atenção básica criou as equipes matriciais para funcionamento de forma integrada.

As equipes matriciais são equipes formadas por um médico psiquiatra ou generalista com capacitação em saúde mental, dois técnicos de nível superior, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, para no mínimo 6 a 9 equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes, permitindo que haja capacitação das equipes da ESF, na área de saúde mental, através da integração dos profissionais especializados junto aos profissionais de atenção básica para trazer casos de transtornos psiquiátricos graves à assistência realizada no território (BRASIL, 2003)

Essas equipes matriciais estariam vinculadas às do CAPS, nos municípios em que existem ou aos ambulatórios de saúde mental.

Entretanto, há dificuldades para serem enfrentadas como o aumento das taxas de uso de drogas ilícitas, de psicotrópicos, de depressão entre os mais jovens, a visão da doença como lesão de um órgão que está prejudicado, não considerando a influência do ambiente em que o indivíduo adoecido está inserido. Logo, para superar estas dificuldades se faz necessário a modificação da visão do modelo vigente, que não valoriza a fala do paciente, o habitat do indivíduo e os condicionantes sócio-culturais do sofrimento psíquico.

Segundo Lyra (2007), a ruptura do modelo assistencial vigente centrado na doença, permitiria o entendimento amplo sobre o adoecimento, favorecendo a inclusão de outros profissionais na discussão dos casos.

A proposta da equipe matricial possibilita a reorganização da atenção básica, garantindo a integralidade do atendimento através da inclusão da saúde mental neste nível de atenção. Assim, cria-se a responsabilização compartilhada, que eleva a possibilidade de resolver os casos no próprio serviço, evitando o encaminhamento (BRASIL, 2003).

Visando a continuidade do apoio da inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, avançando na construção da integralidade da atenção, o Ministério da Saúde lançou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008.

O NASF é uma estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF, bem como sua resolução, pois promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. É responsável por prestar apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família (BRASIL, 2008)

Segundo esta Portaria, são criados dois tipos de NASF:

“...NASF 1: deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.
Deverá realizar as suas atividades vinculado-a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

NASF 2: deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Deverá realizar as atividades vinculado, no mínimo a 3 (três) Equipes de Saúde da Família` (PORTARIA nº 154, 2008, p. 2-3).

De acordo com o Relatório da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família realizada em agosto de 2008, há um interesse cada vez mais crescente na implantação dos NASF, como descrito:

“...Em 2008, com a implantação dos NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – inicia o financiamento específico para as equipes compostas pelos demais profissionais de saúde, inclusive das práticas integrativas e complementares, que serão responsáveis por uma dada população e responderão às suas necessidades de forma matriciada junto às Equipes Saúde da Família. São 1.712 Serviços de NASF credenciados e 240 já implantados (competência julho/2008)` (III MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2008).

Os NASF oferecem oportunidades de emprego aos profissionais da área de saúde, que até então estavam fora da ESF, como se pode ver nos dados abaixo:

“Dos 1.104 profissionais cadastrados, 25% são fisioterapeutas (21% - por conta da Carga horária, é a maior proporção) e Terapeutas ocupacionais (4,3%), 12% psicólogos, 11% Assistentes Sociais, 10% nutricionistas, 8,6% gineco-obstetras, 8,3% de pediatras, 7,8% de professores de educação física, 7,2 %Farmacêuticos, 2,6 % psiquiatras , 1% de homeopatas e 0,6% de acupunturistas. Esses percentuais demonstram o novo momento da atenção primária no SUS com o potencial que essas equipes multiprofissionais terão, junto à equipe de SF de responderem, da melhor forma e com a melhor tecnologia disponível, às necessidades de saúde da população` (III Mostra Nacional de Produção em Saúde Mental. Brasília, 2008).

Entretanto, há um grande caminho a ser percorrido para plena consolidação da integração da saúde mental na atenção básica, pois trata-se de um momento de transição que está se vivendo, principalmente devido ao consolidado pensamento do modelo hospitalar predominante no território nacional.

1.4 FATORES BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS NA DEPRESSÃO

A depressão é uma doença multifatorial que envolve fatores biológicos e psicossociais. Os fatores biológicos envolvidos no mecanismo da depressão estão relacionados a alterações cerebrais das monoaminas (serotonina, nor-adrenalina e dopamina), principalmente nor-adrenalina e serotonina. As alterações das monoaminas ocorrem em certas regiões cerebrais, como na projeção do locus coeruleus sobre o córtex límbico que podem atuar sobre as emoções (STAHL, 2002). Esta teoria apresentada é das monoaminas e foi formulada por Schildkraut em 1965, que referia a depressão como o resultado da diminuição de monoaminas no sistema nervoso central. Esta teoria baseava-se na capacidade que drogas antidepressivas possuíam para facilitar a neurotransmissão em algum ponto da sinalização sináptica.

A serotonina e a noradrenalina são liberadas em todo o cérebro por neurônios de regiões específicas e interagem com múltiplos tipos de receptores cerebrais para regular a vigilância, atenção, o humor, processos sensoriais, o apetite (STAHL, 2002).

Tanto a serotonina quanto a noradrenalina são removidas das sinapses após sua liberação, por um processo de recaptção pelo neurônio pré-sináptico. Após a recaptção, são destruídas no neurônio pré-sináptico, pela enzima monoaminoxidase (MAO), ou são armazenadas em vesículas, para serem liberadas na fenda sináptica novamente. A partir daí, constatou-se a ação de dois tipos de antidepressivos: os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) que bloqueiam a enzima MAO e degradam as monoaminas, e os tricíclicos que inibem a recaptção das monoaminas, mantendo seu efeito por mais tempo (GOODMAN, 2006).

Há uma grande discordância temporal entre o surgimento rápido do efeito adverso exercido pelos antidepressivos, com aumento de neurotransmissores nas sinapses, em horas, e o efeito clínico antidepressivo, que leva cerca de duas semanas para se iniciar. Descobriu-se que em camundongos a administração de antidepressivos por duas semanas sucessivas leva a uma redução no número de determinados receptores adrenérgicos. Alterações semelhantes em humanos poderiam explicar o tempo de evolução da ação antidepressiva destes medicamentos (STAHL, 2002).

A partir destas observações, a hipótese clássica das monoaminas foi modificada para a Hipótese de Ação Antidepressiva por Modificação de Sensibilidade dos Receptores. Esta Hipótese propõe que o efeito antidepressivo surge após administração prolongada de medicamentos, pois resulta em alterações da sensibilidade de receptores monoaminérgicos

Outra hipótese levantada para explicar a causa da depressão baseada em fatores biológicos diz respeito a alterações neuroendócrinas, onde ocorrem alterações da função tireoidiana e o aumento da secreção de cortisol. Entretanto, este tipo de alteração não é observado em todos os pacientes depressivos. Apesar das várias hipóteses levantadas, não existem dados confirmados como base definitiva para a causa orgânica da depressão.

Acredita-se, que haja uma base hereditária, já que pessoas com história familiar de depressão apresentam maiores chances de desenvolver a doença e indivíduos mais propensos a desenvolverem esta doença por outros motivos. Destacam-se os seguintes fatores: pessoas que já tiveram depressão, indivíduos que apresentam familiares com depressão, com problemas de relacionamento, aqueles que sofrem isolamento social, como: idosos, marginalizados, mães solteiras,

indivíduos que abusam de drogas, medicamentos (betabloqueadores, corticosteróides, anti-histamínicos, antiparkinsonianos e analgésicos), álcool.

Entre os medicamentos mais associados à depressão se encontram: alfa-metildopa, reserpina, propranolol, clonidina, diuréticos tiazídicos, digitálicos, bloqueadores de canais de cálcio, anticoncepcionais orais, esteróides anabolizantes, hormônios tireoidianos, corticóides, benzodiazepínicos, neurolépticos, anfetaminas, anticonvulsivantes, L-Dopa, cocaína, Antineoplásicos: cicloserina, tamoxifeno, Antiinfeciosos: isoniazida, etambutol, sulfonamidas, metoclopramida, cimetidina, ranitidina; ciclosporina (KAPLAN, 2001).

Doenças como insuficiência renal, hipotireoidismo, tipos de cânceres (pulmão, Sistema Nervoso Central e pulmão) estão associados com depressão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio, doenças auto-imunes, como lúpus eritematoso e artrite reumatóide, pneumonia, Síndrome da Imunodeficiência humana adquirida (AIDS), hepatite, doenças neurológicas, como Doença de Parkinson, Doença de Huntington, epilepsia, acidente vascular cerebral (AVC), deficiências vitamínicas (do complexo B), pós-operatório, intoxicações, anemia (KAPLAN, 2001).

Entre os fatores psicossociais pode-se citar: violência, estresse, o risco na área de trabalho, a auto cobrança exagerada, o desemprego, situações sócio-econômicas, situações de perda. Estes fatores podem levar ao indivíduo a ter uma auto-estima baixa, gerando dificuldades para reverter por si próprio este quadro.

A realidade brasileira é caracterizada por altos índices de violência principalmente nas médias e grandes cidades, elevados índices de desemprego e exclusão social, além da estigmatização do paciente com transtorno mental pela população.

De acordo com Stahl (2002) existe preconceito da população em relação ao indivíduo que apresenta algum transtorno mental:

“... 71% acreditavam que as doenças mentais eram causadas por fraqueza emocional; 65% que eram causados por má criação; 45% que eram culpa da pessoa e seriam debeladas com força de vontade; 43% que as doenças mentais eram incuráveis; 35% que eram consequência de comportamentos pecaminosos; 10% acreditavam que as doenças mentais possuíam base biológica ou que envolviam o cérebro” (2002, p. 130).

Devido a preconceitos sociais, muitos indivíduos com algum tipo de transtorno mental, entre eles a depressão, preferem se isolar por se sentirem envergonhados, o que acaba retardando o início do tratamento e o preconceito do próprio profissional de saúde diante do quadro de depressão. Este quadro faz com que muitas vezes por receio de falar, os pacientes acabem não relatando seu sofrimento para o profissional de saúde dificultando, assim, o diagnóstico e tratamento.

Duas barreiras podem prejudicar a detecção precoce e o tratamento adequado da doença: a idéia de que depressão não é uma condição médica e o estigma que envolve os transtornos mentais os quais contribuem para diminuir a habilidade do profissional de saúde em diagnosticar e tratar os transtornos depressivos (DOWRICK *et al.*, 2000, p. 413).

1.5 CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

De acordo com Delgalarrondo (2000), 31% a 50% da população brasileira apresenta minimamente um episódio de transtorno mental ao longo da vida e 20% a 40% demandam atendimento de algum tipo de ajuda de profissionais, por conta desses transtornos.

É difícil fazer a distinção entre depressão, a tristeza e o luto, ela depende da duração e do grau de comprometimento que o evento traz para o indivíduo. Deve ser

feito o diagnóstico diferencial em relação a outros transtornos que podem apresentar sintomas depressivos, tais como: como transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtornos alimentares, transtornos de personalidade e abuso ou dependência de álcool e drogas.

O diagnóstico de depressão é feito através da observação clínica, ou seja requer treinamento dos profissionais. De acordo com o DSM IV- TR e CID-10, os sintomas clínicos da depressão incluem humor depressivo, tristeza, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes.

O reconhecimento da depressão na atenção básica deve ser feito diretamente sobre o estado de humor e a capacidade do paciente de sentir prazer em realizar atividades, cuja presença de um destes dois sintomas indica fortemente a presença de depressão.

A partir daí, é necessário a investigação aprofundada dos sintomas acessórios. Nestes incluem-se: alteração do apetite, ganho ou perda de peso, alteração do sono, falta de energia, desânimo, preguiça, lentificação da fala e dos movimentos corporais, queixas de concentração, falta de memória, falta de libido.

Os profissionais de saúde da atenção básica devem estar preparados para reconhecer a gravidade do quadro depressivo assim como todos os outros. Cabe ao profissional de saúde ter a capacidade de reconhecer os pacientes potencialmente suicidas. Para isto, este deve questionar diretamente sobre idéias do paciente a respeito, a partir de uma pergunta mais geral para em seguida formular perguntas mais objetivas, o que pode ser complicado para profissionais não especialistas.

A depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave. As depressões graves são aquelas que impedem quase que completamente a pessoa de realizar as suas atividades, permanecendo em um estado apático, desânimo, de isolamento dos demais e humor depressivo e ideação suicida clara. O acompanhamento deste tipo de paciente deve ser feito em conjunto da equipe de saúde mental, não devendo ser assumido apenas pela Equipe de Saúde da Família.

Nas depressões leves e moderadas, observam-se sintomas subjetivos de tristeza e falta de prazer, mas o indivíduo ainda consegue trabalhar, manter uma rotina com responsabilidades. Na depressão leve, os sintomas podem passar despercebidos pelos outros, já na moderada, os sintomas são mais evidentes.

A presença de sintomas psicóticos deve ser avaliada pelo profissional de saúde, devido à associação com a gravidade do quadro depressivo. O paciente deve ser questionado diretamente sobre eventuais alucinações e as características destas. Visto que a presença destes sintomas aumenta a gravidade e dificulta a abordagem, a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecimento dos sintomas depressivos nas unidades de saúde, inclusive na atenção básica é importante e complexa.

A Estratégia de Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde (ACS) são fundamentais para o reconhecimento dos casos de transtornos mentais da área adscritas às USF, em virtude de residirem nesta área e por conhecerem famílias que tenham indivíduos com transtorno mental. De acordo com Oliveira, Ataíde, Silva (2004), observa-se que o cadastramento destes pacientes favorece a posteriores visitas dos enfermeiros e dos demais profissionais de saúde aos domicílios destes indivíduos.

1.6 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

O tratamento para a depressão deve abordar vários aspectos. Feito o diagnóstico da depressão, deve-se iniciar o tratamento com medicamentos e psicoterapia. O tratamento dura alguns meses dependendo da gravidade do quadro clínico (KAPLAN, 2001).

O reconhecimento precoce dos sintomas depressivos colabora para haver um melhor prognóstico. Muitas vezes pacientes com sintomas depressivos não procuram primeiramente uma unidade de saúde especializada, mas sim uma unidade de atenção básica.

Alguns fatores podem dificultar o tratamento da depressão, tais como: ansiedade grave, sintomas psicóticos, história de quadro eufórico prévio, quadros de depressão grave.

A ansiedade é caracterizada pela presença de um estado permanente de tensão antecipatória em relação ao que pode vir a acontecer de ruim. O paciente sempre espera o pior e sofre anteriormente sobre os acontecimentos futuros. É importante reconhecer o quadro de ansiedade, pois há antidepressivos que levam a piora da ansiedade e não são recomendados nestes pacientes.

A presença de sintomas psicóticos pode dificultar a abordagem deste tipo de paciente, pois o paciente não reconhece seu real estado e acaba por não aceitar o tipo de tratamento oferecido.

O paciente que apresenta quadro de euforia prévia não tem indicação de uso de antidepressivo, em virtude da possibilidade de provocar episódios de euforia ou irritabilidade após pequeno período de uso. O profissional de saúde deve ficar atento à presença de episódios prévios, de dias a semanas, em que o paciente sente-se

em um estado de humor expansivo, às vezes eufórico, às vezes extremamente irritável, mas sempre com a sensação de que tem muita energia, muito mais do que o seu normal, que não se cansa, apresenta insônia, logorréia, realizar gastos excessivos. Este quadro, conhecido como mania, pode variar de intensidade. Nos casos mais leves é considerado hipomania. É importante a avaliação de psiquiatra diante deste quadro.

No quadro depressivo grave, os antidepressivos depois de duas a três semanas de uso, podem oferecer mais energia e assim os pacientes com este influxo de ânimo podem vir a cometer suicídio. O paciente com depressão grave deve ser observado de perto por um psiquiatra e preferencialmente em serviços especializados em regime hospitalar (STAHL, 2002).

Na ausência de doença psiquiátrica com ideação suicida, o médico generalista pode iniciar o tratamento psiquiátrico na própria unidade com antidepressivo e psicoterapia, caso disponível. Caso contrário, deve encaminhá-lo a um especialista (OMS, 2000, p. 15).

O tratamento medicamentoso é fundamental para a recuperação do indivíduo deprimido. A indicação da medicação deve ser criteriosa, para evitar o excesso de medicação e abuso com relação a este tipo de medicamento. Os antidepressivos utilizados são tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), inibidores da monoaminoxidase (IMAO), antidepressivos atípicos, como mirtazapina, bupropiona, trazodona, venlafaxina, escitalopram, duloxetina, sendo os mais utilizados na atenção básica, os ISRS e os tricíclicos pela sua disponibilidade no Sistema Único de Saúde.

Os inibidores da monoaminoxidase são medicamentos que apresentam interações medicamentosas importantes, por isso não são tão utilizados atualmente.

Podem interagir com alimentos como queijo, salame, vinho tinto e gerar quadro de hipertensão grave. Logo, são potencialmente fatais.

Os antidepressivos tricíclicos são medicamentos mais antigos que foram sendo progressivamente menos usados devido aos efeitos colaterais. No entanto, ainda podem ser úteis em muitos casos e são mais eficazes do que os ISRS em casos de depressão grave. A ação dos mesmos é na inibição da recaptação da serotonina e noradrenalina. Os efeitos adversos mais importantes são: hipotensão postural, sedação, arritmia, ganho de peso, (boca seca, retenção urinária, visão turva, aumento da pressão ocular, confusão mental e disfunção sexual). A cardiotoxicidade é o maior perigo desta classe (STAHL, 2002).

Os ISRS e os antidepressivos atípicos apresentam menos efeitos adversos, maior facilidade de administração. Por isto, são preferíveis aos tricíclicos como primeira opção, particularmente em pacientes mais sensíveis ou de maior risco, como idosos ou pacientes com doenças físicas. Por outro lado, em geral são mais caros.

O paciente deve ser avaliado em duas a três semanas após iniciado o tratamento medicamentoso. Caso não tenha tido boa aceitação da medicação, pode-se tentar outro medicamento, inclusive com drogas do mesmo grupo de antidepressivos. Na depressão moderada, deverá ser mantida a medicação por pelo menos seis meses. Nos casos onde há recorrência, deve-se manter a medicação por um a dois anos, dependendo da gravidade. O aumento da dose pode ocorrer após um mês de uso de antidepressivo, quando não houver melhora do quadro. Caso haja efeitos adversos importantes, é imprescindível modificar a classe do antidepressivo, evitando descontinuidade do tratamento (KAPLAN, 2001).

No caso do paciente da atenção básica tal acompanhamento nos casos leves e moderados de depressão pode ser feito pela equipe de Saúde da Família através de prescrição pelo médico, mas também por acompanhamento através da Terapia Comunitária (TC).

A Terapia Comunitária surgiu em 1987 em Fortaleza, numa comunidade chamada Pirambu. Seu idealizador foi o psiquiatra e teólogo Dr Adalberto Barreto, que desenvolveu tal técnica no intuito de amenizar o sofrimento da população. É definida como espaço de acolhimento, para partilha de experiência de vida, de sofrimentos do cotidiano e de afinidades; espaço de escuta e aprendizado de atividades entre os indivíduos, onde há participação de um terapeuta, que os estimula a falar sobre suas dificuldades (BARRETO, 2005).

Na Terapia Comunitária, há formação de grupos heterogêneos e grupos abertos, de organização informal e de efeito terapêutico, destinados à prevenção, cujo objetivo é a busca do alívio do sofrimento e a busca de bem estar. A Terapia Comunitária permite tecer redes de apoio social e construção de vínculo solidário, que minimizem a desintegração social (FUKUI, 2004).

O Ministério da Saúde incluiu a TC na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Departamento de Atenção Básica a partir de 2008.

2 JUSTIFICATIVA

Após monitoramento do Ministério da Saúde entre os anos de 2001 e 2002, observou-se que 51% das equipes de ESF realizavam atendimento em saúde mental, inclusive a depressão (BRASIL, 2003).

O atendimento dos transtornos mentais na atenção básica, principalmente nas USF, diminui os custos com serviços de saúde. Entretanto, observa-se dificuldades no atendimento a este tipo de paciente, como estereótipos em relação à doença mental por parte da população e de profissionais de saúde, desconhecimento com relação ao quadro clínico das doenças mentais, desconhecimento de casos de transtornos mentais na comunidade adscritas as USF. Entre os transtornos mentais mais graves, destaca-se a depressão que é uma doença que pode levar até a morte, caso não haja tratamento e conduta adequada. Logo, quando os pacientes procurarem a atenção básica, se faz necessário que estes recebam o tratamento para depressão mais precocemente possível, afim de minimizar o sofrimento psíquico dos pacientes.

A atuação da equipe de Saúde da Família diante deste quadro é fundamental, pois a partir da articulação destes profissionais junto a este indivíduo depressivo e aos setores de extra-serviços de saúde, é possível construir um ambiente saudável. Entretanto, é uma idéia recente que começou a ser planejada a partir de 1994, a partir da criação da PSF pelo MS e também há dificuldade para modificar tal quadro em virtude do preconceito da população e dos profissionais de saúde diante do paciente com transtorno mental.

A partir daí, cabe ressaltar a importância da capacitação destes profissionais da atenção básica quanto à percepção dos sintomas depressivos, como forma de garantir um aumento da resolução dos casos

3 QUESTÕES NORTEADORAS

Como os profissionais de saúde da USF de Mesquita percebem a depressão na população atendida?

Quais as condutas desenvolvidas a partir do diagnóstico dos sintomas depressivos pelos profissionais de saúde da USF de Mesquita?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Pesquisar a percepção dos profissionais de saúde de uma USF de Mesquita sobre a depressão na população atendida e as condutas desenvolvidas a partir de sua identificação.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar as estratégias utilizadas pelas equipes de uma USF de Mesquita para o diagnóstico da depressão.
- Identificar as ações dos profissionais de saúde de uma USF de Mesquita frente ao diagnóstico de depressão de um paciente atendido.

5 METODOLOGIA

O objetivo deste estudo foi a identificação da percepção dos sintomas depressivos e das condutas desenvolvidas a partir dessa percepção pelos profissionais de saúde que compõem uma Unidade de Saúde da Família, situada em um bairro do município de Mesquita.

A metodologia qualitativa foi utilizada, uma vez que possibilita a compreensão de um determinado fenômeno com mais profundidade. A pesquisa qualitativa permite compreender a subjetividade dos sujeitos de forma mais minuciosa, abordando vivências e anseios. De acordo com Pires:

“Não nos interessamos unicamente pelas especificidades do caso em questão (ainda que possam ser valorizadas e importantes), mas também por sua capacidade de servir de via de acesso a outros fenômenos ou a outros aspectos da realidade” (2008, p. 67).

A pesquisa qualitativa oferece instrumentos para a abordagem da problemática enfocada, em virtude de abordar facetas subjetivas e pessoais. Foi realizado um estudo de caso em uma USF composta por três equipes.

O estudo de caso foi adotado para poder aprofundar a questão da percepção e das práticas dos profissionais de saúde em relação aos pacientes com depressão, no contexto onde vivem e trabalham.

5.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O trabalho de campo se deu em uma USF situada em Chatuba, um dos bairros do Município de Mesquita. Este município tem 182.546 habitantes e área total de 41,6 km². Está localizado na Baixada Fluminense, ao lado de Nova Iguaçu e Nilópolis e é formado por 14 bairros (PREFEITURA DE MESQUITA, 2009).

O bairro da Chatuba, (FIGURA 1), é uma região de grandes aclives, vias de acesso estreitas, incluindo becos e áreas não asfaltadas. Apresenta elevado índice de violência, tráfico de drogas e roubo de carros, ocorrendo tiroteios a qualquer hora do dia, ocasionando, muitas vezes, a interrupção do atendimento na USF por ordem dos traficantes.

Nesta USF há uma grande rotatividade de profissionais de saúde, principalmente de nível superior. A carga horária destes profissionais é de 40 horas semanais e o vínculo empregatício é via CLT, não havendo reajuste há 2 anos.

A escolha dessa USF foi em virtude de situar-se a 10 km de distância em relação ao CAPS e do ambulatório de saúde mental e de outros serviços da rede, o que possibilita a identificação da dinâmica do encaminhamento

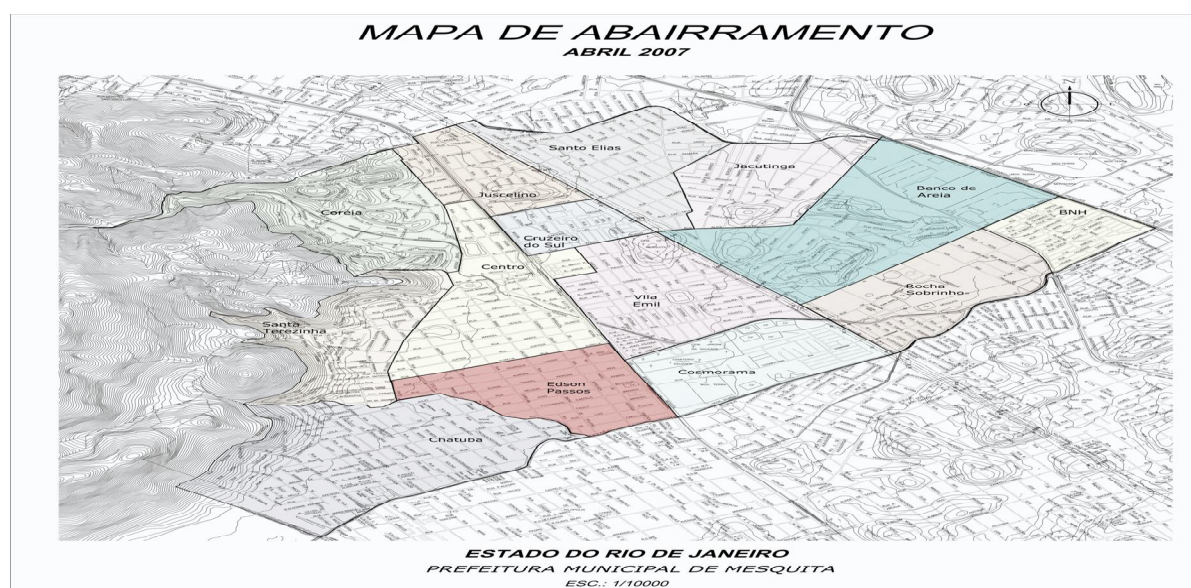


FIGURA 1: MAPA DE ABAIRRAMENTO

Fonte: Prefeitura de Mesquita, 2007.

O Município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,7620. De acordo com o Censo 2005, a taxa de urbanização alcança 84,0% de sua população. Nesse mesmo ano, a taxa de alfabetização das pessoas com 15 anos ou mais era 93,2% (PREFEITURA DE MESQUITA, 2005).

A rede municipal de saúde do município é formada por: 14 Unidades da Saúde da Família (USF); 1 Hospital Maternidade; 1 Farmácia Municipal; 1 hospital geral (PREFEITURA DE MESQUITA, 2009).

Esses serviços de saúde estão distribuídos da seguinte forma: há uma USF em cada bairro. A maternidade, o hospital geral e a farmácia municipal estão localizadas no centro. Esses bairros apresentam uma distância de 15 km de distância em relação à USF estudada.

A Chatuba apresenta uma USF. Neste bairro, há dificuldade de deslocamento das pessoas para outros bairros, em virtude do transporte de ônibus ser feito com intervalos de uma hora, alocados de difícil acesso. O deslocamento muitas vezes, é feito a pé por falta de recursos financeiros por parte da população.

O NASF ainda não foi implementado e também não há equipe matricial de Saúde Mental no município.

A atenção em saúde mental no Município se organiza da seguinte forma: um Centro de Atenção Psicossocial 1 - CAPS 1; um CAPS AD, voltado ao atendimento de dependência química; uma unidade de ambulatório (atendimento de crianças e adultos) localizados no centro da cidade; uma residência terapêutica no centro; e três leitos psiquiátricos em hospital geral situado no centro do município (PREFEITURA DE MESQUITA, 2009).

A população da Chatuba encontra dificuldade de acesso a estes serviços, devido aos motivos mencionados.

Pacientes com transtorno mental leve a moderado são atendidos na USF, enquanto que os pacientes graves são encaminhados ao CAPS, onde são submetidos a avaliação psiquiátrica por um especialista que determina seu acompanhamento pelo CAPS ou procede a outros encaminhamentos.

No caso de necessidade de internação breve, o paciente é levado para o hospital geral onde poderá ocupar um leito por até 72 horas. Se houver indicação de internação por mais de 72 horas, ele é transferido para uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao SUS, localizada fora do município de Mesquita.

5.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A população da pesquisa foi composta por profissionais de três equipes da USF do bairro da Chatuba, organizadas da seguinte forma (PREFEITURA DE MESQUITA, 2009):

➤ Equipe I: um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde - ACS, um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário. Esta equipe tem cadastradas 3.767 pessoas, correspondendo a 1.060 famílias. O total de atendimentos entre janeiro-setembro/2009 foi de 13890 pessoas;

➤ Equipe II: um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, nove ACS. A equipe tem cadastradas 3.964 pessoas, correspondendo a 1.801 famílias. O total de atendimentos entre janeiro-setembro/2009 foi de 14295 pessoas;

➤ Equipe III: um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, oito ACS. A equipe tem cadastradas 4.107 pessoas, correspondendo a 1.100 famílias. O total de atendimentos entre janeiro-setembro/2009 foi de 14375 pessoas.

Do total de trinta e seis profissionais de saúde dessas três equipes, concordaram em participar da pesquisa vinte e sete profissionais, sendo sete de

nível superior e vinte de nível médio e fundamental, os demais foram solicitadas as suas participações, entretanto negaram-se a participar por motivos particulares.

Os sujeitos da pesquisa foram divididos em 2 grupos: profissionais de nível superior (GRUPO I) e profissionais de nível médio e fundamental (GRUPO II).

O grupo I foi composto por sete pessoas: três médicos, três enfermeiros e um odontólogo e o grupo II por vinte pessoas: três técnicos de enfermagem e dezessete ACS.

Esta divisão levou em conta características comuns entre as categorias profissionais. No caso do grupo I, os profissionais ao longo de sua formação tiveram acesso a conhecimentos na área de saúde mental, enquanto que os profissionais do grupo II, na maior parte das vezes, não.

Outra característica é que os profissionais do grupo I podem fazer encaminhamentos para outras unidades e também são responsáveis pelo tratamento medicamentoso inclusive dos transtornos mentais, no caso os médicos. Já os profissionais do grupo II devem encaminhar os casos para a sua unidade.

5.3 COLETA DE DADOS

Foi realizado um pré-teste em outra USF de Mesquita com características semelhantes ao da USF pesquisada, com o objetivo de validar o roteiro das entrevistas, verificando sua pertinência e clareza.

Essa experiência permitiu ajustes do roteiro antes do início do trabalho de campo. Neste pré-teste, a equipe demonstrou-se bastante participativa, tendo participado treze ACS, dois técnicos de enfermagem e cinco profissionais de nível superior.

Foram feitos ajustes quanto a forma das perguntas que permitiu maior entendimento por parte de todos os profissionais de saúde interessados em fazer parte do estudo

O projeto de pesquisa foi apresentado pelo pesquisador às três equipes da USF após a reunião clínica semanal no mês de julho.

Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO I). Após a assinatura do TCLE foram agendadas entrevistas individuais com cada um dos participantes.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com todos os participantes na USF, compostas por 2 etapas. A primeira etapa apresentava quatro questões para caracterizar o perfil dos profissionais de saúde. A segunda etapa constou de cinco perguntas relacionadas ao objeto da pesquisa (ANEXO II).

As entrevistas foram gravadas em MP3 após consentimento dos participantes e transcrita por profissional contratado.

No primeiro encontro, os profissionais demonstraram grande interesse ao longo da apresentação do projeto de pesquisa, principalmente os do Grupo I. Estes profissionais fizeram muitas perguntas, informando não ter conhecimento de pesquisas nesta área no município.

Os auxiliares de enfermagem tiveram uma participação mais discreta, fazendo poucas indagações. Os ACS tiveram uma participação bastante ativa, e apontando possíveis dúvidas sobre como seriam coletadas as informações e qual seria o destino das mesmas. Um dos participantes do Grupo II pediu para sair no meio da apresentação por “problemas particulares” e não participou de nenhuma outra fase.

O segundo encontro foi marcado para realização das entrevistas com os profissionais interessados em participar da pesquisa em dias diferentes, de acordo com a disponibilidade dos interessados.

É importante ressaltar que 32% dos ACS não concordaram em participar da pesquisa, alegando receio que as informações fossem transmitidas para a Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita e que suas identidades divulgadas. Embora tenham sido esclarecido que a pesquisa teria fins acadêmicos, estes não concordaram em participar.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizados trechos da fala dos entrevistados para ilustrar o estudo. Além disso, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo onde os dados transcritos são agrupados em categorias. As categorias são os conceitos fundamentais organizadores de uma teoria. Envolve elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Permitem classificar, agrupar elementos, idéias, expressões. Em virtude da pesquisa envolver as práticas e percepções dos profissionais de Saúde da Família, pode-se encontrar aspectos semelhantes entre os discursos dos participantes, permitindo a análise dos dados.

A técnica de análise do conteúdo baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e em seguida, realizar o agrupamento em categorias (BARDIN, 2002).

De acordo com Bardin (2002), a técnica de análise de conteúdo pode ser definida por:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. (BARDIN, 2002, p.54)

Realizou-se uma interpretação dos significados das percepções de cada profissional, respeitando as características e subjetividades do conteúdo. A partir daí foi produzido um material voltado para apreender a percepção que os profissionais têm sobre os sintomas de depressão apresentados pelos usuários da USF, assim como identificar as práticas desenvolvidas por eles, a partir dessa percepção.

De acordo com Minayo (2004), as categorias são responsáveis por conter o significado da teoria. As categorias são divididas em dois tipos: categorias analíticas e categorias empíricas. As categorias analíticas são aquelas que possuem as relações de maior destaque e são fundamentais para a compreensão do objeto como um todo. As categorias empíricas visam compreender as atividades dentro do trabalho de campo ou a partir dele. Foi utilizada, neste estudo, a categoria do tipo analítica, por permitir uma maior compreensão do fenômeno a partir de dados oriundos da teoria disponível sobre o assunto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A partir dos dados demográficos encontrados, obteve-se o seguinte perfil em relação ao grupo I.

Observa-se o perfil deste grupo, a partir das variáveis: sexo, idade, permanência na USF, residência na área adscrita a USF.

Neste grupo há cinco homens e duas mulheres. Sendo a faixa etária do grupo encontrada em quatro profissionais esteve entre 40-50 anos, a idade entre 30-40 anos foi observada em dois profissionais e a idade de 20-30 anos em um profissional. A maioria das profissionais deste grupo permanece entre 1-3 anos na USF estudada. Todos os profissionais de saúde desta USF não residem na área adscrita à USF.

Com base nos dados apresentados, trata-se de um grupo com profissionais experientes, embora a sua formação tenha sido baseada no modelo tradicional de educação, em que há a valorização da doença e exclusão da individualidade. Neste modelo, há a valorização dos especialistas. Um dado que chamou a atenção é que os três médicos entrevistados são especialistas e viram na USF "a possibilidade de fazer caridade para a população".

A maioria, por trabalhar nesta USF por um tempo considerável, conhece a dinâmica de funcionamento da região, do serviço e da rede em que está inserido. Logo, estes profissionais conhecem os problemas da região, o que facilita a articulação com a comunidade para minimizar seu sofrimento.

Observa-se o perfil do Grupo II, a partir das variáveis: sexo, idade, permanência na USF, residência na área adscrita a USF.

Neste grupo, observa-se que 14 profissionais (70%) dos profissionais são do sexo masculino e 6 (30%) feminino.

Quanto à idade, 6 profissionais (30%) estão entre 20-30 anos, 7 profissionais (35%) deste grupo estão na faixa de 30-40 anos e 7 profissionais (35%) deste grupo estão na faixa de 40-50 anos. Logo, observou-se uniformidade com relação a faixa etária dos profissionais.

Quanto à permanência na USF, 1 profissional (5%) relatou permanecer por menos de 1 ano na USF, 2 profissionais (10%) ficam entre 1-2 anos, 5 profissionais (25%) entre 2-3 anos e 12 (60%) ficam mais de 3 anos nesta USF.

Há um longo tempo de permanência dos profissionais deste grupo, pois 12 profissionais (60%) destes responderam permanecer nesta USF por mais de 3 anos. Este dado permite fazer uma consideração de que há uma possibilidade de que a equipe de profissionais deste grupo tenha sentimento de união e parceria entre seus elementos. Por outro lado, considera-se importante a sua participação em reuniões clínicas, pois estes conhecem bem os problemas enfrentados pela comunidade e facilitam a integração dos profissionais de toda a equipe da USF com os usuários. Além disso, possibilita a integração da equipe da USF com os demais setores da área, como empresas, igrejas, por já trabalharem nesta USF há bastante tempo.

Observa-se de forma unânime que todos os profissionais deste grupo residem na área adscrita à USF, o que facilita as intervenções de maior urgência mesmo fora dos dias de expediente, como por exemplo nos fins de semana. Em determinados casos, a possibilidade de atender a um chamado de emergência por parte dos usuários facilita a integralidade do atendimento, tanto de forma preventiva como tratamento e reabilitação. Outra ponderação seria a facilidade por conhecer os problemas da comunidade de perto e facilitar a negociação com qual dos atores esteja envolvido para solucionar os problemas. Além disso, por residir na região

adscrita à USF, possibilita a identificação das famílias que tenham indivíduos portadores de necessidades especiais, como de transtornos mentais.

As entrevistas realizadas e o conteúdo obtido das entrevistas com os profissionais de saúde foram analisadas utilizando categorias analíticas previamente selecionadas e aplicadas para cada grupo de profissionais de saúde.

Observou-se semelhanças entre os dois grupos e eventuais diferenças entre as categorias foram levadas em consideração na análise dos elementos.

TABELA 1: CATEGORIAS DE ANÁLISE POR GRUPOS

CATEGORIA	GRUPO 1	GRUPO 2
1. Percepção da depressão	Doença mental Sentimento de tristeza	Doença mental Sentimento de tristeza e angústia Outras definições (frescura, falta de caráter, "falta de vergonha", preguiça)
2. Estratégias de Identificação	Abordagem verbal Aparência física	Abordagem verbal Aparência física Senso comum
3. Reação frente aos sintomas	Ambigüidade de sentimentos: medo, impotência, angústia, frustração Despreparo profissional, mal estar	Ambigüidade de sentimentos: pena/raiva/angústia/evitação Despreparo profissional Satisfação pessoal e profissional
4. Ações desenvolvidas diante da identificação dos sintomas	Encaminhamento Aconselhamento Prescrição de medicamentos	Encaminhamento Sistema de crença/valores Aconselhamento
5. Capacitação em Saúde Mental	Desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde mental	Desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde mental

6.1 PERCEPÇÃO DA DEPRESSÃO

6.1.1 Depressão como doença mental

No Grupo I, seis profissionais definiram depressão como doença mental e uma pessoa como manifestação de sentimentos de tristeza profunda, todos a configurando como o “Mal do Século” ou como “um caso de Saúde Pública”.

A- “... na minha opinião, a depressão é uma doença complicada, grave, pode até matar sabe. Não se pode bobear com essas coisas sabe. Eu acho que pode até matar. É melhor tratar do que largar de mão”

O Grupo I elenca como fatores determinantes da depressão perdas familiares recentes, dificuldades financeiras e desemprego (tabela 1).

TABELA 2: GRUPO I- FATORES QUE CONTRIBUEM PARA LEVAR A DEPRESSÃO NO PONTO DE VISTA DESTE GRUPO

FATORES	TOTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Perdas familiares recentes	4
Recursos financeiros insuficientes	2
Desemprego	1

Com base na tabela acima consideraram como responsáveis por levar a depressão na visão deste grupo, os seguintes fatores: perdas familiares recentes, recursos financeiros insuficientes e desemprego. Estes fatores desconsideraram os fatores biológicos no surgimento da depressão, levando apenas em consideração os fatores psicossociais. É digno de nota que nenhum profissional de saúde deste grupo citou alterações biológicas como causador de depressão ao contrário do que foi demonstrado pela literatura consultada. Além disso, afeta a abordagem quanto ao tratamento medicamentoso, pois desconsidera a existência de alterações

neuroquímicas, ou seja simplificando o processo de abordagem terapêutica, por uma visão apenas baseada na linha psicossocial.

No grupo II, 16 pessoas (80%) percebem a depressão como doença, 2 pessoas (10%) como manifestação de sentimentos de tristeza e angústia e 2 pessoas (10%) relacionam os sintomas com preguiça, frescura, falta de vergonha e de caráter.

A- "... acho que é doença, mas acho que tem que ver o caráter da pessoa e ver se é um jeito de chamar a atenção. Gente preguiçosa diz que está deprimido só pra não trabalhar. Cambada de sem vergonha."

B- "... é doença das mais graves, parece que você levou uma surra; nada te dá prazer, você fica baqueado, mal das pernas. Fazer o que, o jeito é procurar alguém pra te ajudar. Não dá pra levantar sozinho"

O grupo II elenca como fatores determinantes da depressão, conforme representado no gráfico abaixo:

TABELA 3: GRUPO II- FATORES QUE CONTRIBUEM PARA LEVAR A DEPRESSÃO NO PONTO DE VISTA DESTE GRUPO

FATORES	TOTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
perdas familiares recentes	7 (35%)
recursos financeiros insuficientes	7 (35%)
desemprego	4 (20%)
violência	2 (10%)

Este gráfico aponta como fatores que contribuem para levar a depressão: perdas familiares recentes, recursos financeiros insuficientes, desemprego, violência. Houve exclusão dos fatores biológicos. Isto possivelmente pode influenciar a abordagem terapêutica do paciente, pois a abordagem medicamentosa pode não merecer a devida importância depositando o tratamento exclusivamente pela modificação dos fatores psicossociais.

6.1.2 Depressão como Sentimento de Tristeza Profunda

No Grupo I, um profissional percebeu a depressão como manifestação de sentimentos de tristeza profunda, demonstrando uma concepção empírica, no senso comum.

A- "... depressão não é doença, embora na faculdade nos ensine que seja. É um sentimento de tristeza profunda, um sentimento ruim... Mas que passa com o tempo, sem precisar de remédio."

Esta percepção atrapalha diretamente a abordagem ao paciente com este transtorno, pois acaba fazendo juízo de valor, o que provavelmente interfere com o tratamento deste paciente. Apesar de ser uma minoria que tenha esta visão, pode ser determinante na vida de um usuário que necessite de ajuda por apresentar este transtorno.

No grupo II, dois profissionais (10.0%) consideram a depressão como um sentimento de tristeza e angústia, vazio interior, vida sem cor e perda da esperança, como nos relatos abaixo:

A- "... é um vazio por dentro, nada te dá prazer, até fazer sexo... não consegue. Não melhora por nada neste mundo. Você fica pra baixo, é um saco. Sabe as vezes não dá vontade de ouvir este tipo de paciente"

B- "... angústia que não melhora por nada, você quer ficar isolado, na sua. Você fica sem vontade de ver as coisas, e uma hora você quer desistir porque o cara que tem depressão é uma mal de doer".

6.1.3 Outras percepções da Depressão

No Grupo II, 10,0% definiram depressão como preguiça, "frescura", "falta de vergonha" e "falta de caráter".

A- "... é frescura da pessoa, falta de vergonha na cara. Viver é fantástico, quem não gosta da vida é preguiçoso, não quer trabalhar. O jeito é dar um belo tanque de roupas pra esta pessoa. sabe não consigo dar atenção, acho tudo encenação. Este cara é pra ser tratado por psicólogo e psiquiatra, é o único que tem saco pra ele"

B- "... é falta de caráter. É lamentável perder tempo com pessoa se fazendo de vítima. Não dá pra agüentar, o cara fica se passando de doente só pra ganhar benefício do Governo"

6.2 ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO

Observou-se que seis profissionais do Grupo I referiu utilizar a abordagem verbal associada a observação da aparência física, como estratégia de detecção dos sintomas de depressão.

A- "... precisa ver dois aspectos: a aparência da pessoa e a atitude da pessoa durante a consulta. Estes dois aspectos são essenciais para identificar que uma pessoa pode estar desenvolvendo depressão"

B- "... pergunto como foi o seu dia, como ele está se sentindo e durante a conversa observo a aparência dela, como está vestida, se está limpa, pra mim são fundamentais pra eu ver se a pessoa está deprimida ou não..."

Já um profissional preferiu utilizar apenas a abordagem verbal para configuração do diagnóstico.

A- *"... a entrevista, conversa franca e direta com o paciente, olhar no olho. Não precisa ver mais do que isso, porque a gente vê pelo olho que a pessoa não tem bem, nem precisa conversar"*

O Grupo II utiliza, como estratégia, os seguintes instrumentos: 12 profissionais (60%) utilizam a abordagem verbal associada à observação da aparência física.

A- "... não precisa de exame para cabeça. Você conversa um pouquinho, observa a pessoa, como ela está se vestindo, se comportando pra fazer o diagnóstico de depressão, porque as palavras são importantes para o diagnóstico..."

B- "... identifico vendo como a pessoa ´´tá´´ arrumada, se está descabelada, com aquela barba de papai Noel... Também escuto o paciente e vejo se ele fica bem ou não, assim fica fácil ver se a pessoa se encontra deprimida ou não..."

Já 8 profissionais (40%) usam a abordagem verbal, denominadas por eles como conversa e “bate papo”:

A- *“... eu só uso meu papo. Converso muito com as pessoas.” Acho que só precisa conversar com a pessoa. Não tem exame que pode ver isso. Só basta fazer isso pra fechar o diagnóstico da depressão...”*

Observa-se que tanto o Grupo I e II apresentam critérios relacionados a percepção e não utilizam exames para fazer o diagnóstico diferencial para depressão. Embora exista doenças, como o hipotireoidismo por exemplo, que apresentam como características mais pertinentes a presença de depressão, nenhum dos participantes citou a solicitação de exames para verificar se a depressão apresenta uma etiologia definida.

6.3 REAÇÃO FRENTE AOS SINTOMAS

O Grupo I apresentou ambigüidade de sentimentos quando identificam os sintomas de depressão. Medo, impotência e angústia aliados ao sentimento de frustração e mal estar pelo seu despreparo técnico aparecem como elementos importantes.

Este grupo de profissionais demonstrou dificuldades para lidar com estes sentimentos, que muitas vezes refletem negativamente no seu cotidiano, como faz perder a fome, o sono, por acharem que poderiam ser capazes de oferecer mais ao paciente

Cabe relatar que quatro profissionais informaram sentir medo, angústia e impotência, conforme observados nos seguintes relatos.

A- "... o sentimento é de medo, de preocupação. Sinto uma certa impotência, pois não fui preparado na faculdade para lidar com esta situação. Sabe é uma coisa que não dá pra explicar é um medo absurdo só de ver a pessoa sofrer. Eu não consigo ver ninguém assim, tipo deprimido. Eu queria é dar meia volta e ir embora, tem casos em que não consigo como poder ajudar. Tenho vontade de chorar junto, até chego a perder a fome por causa disso."

B- "... me sinto mal, angustiado por tentar ajudar e não saber o que fazer. Sabe sinto que não estou preparado, é uma coisa estranha não saber o que dizer nessa situação. De repente se eu ficasse calado até ajuda mais do que falar qualquer coisa. Não nasci pra atender o cara com depressão, mas enfim a gente precisa também ganhar dinheiro, apesar de me sentir arrasado e angustiado sem saber o que fazer. Isso me tira o sono, não sei fazer meu trabalho meia boca "

Já três profissionais sentem-se frustrados.

A- *"... me sinto frustrado por não atender direito este tipo de paciente. Afinal, sei que a depressão é uma doença séria embora eu sei que não me preparam adequadamente, mas a vida é assim mesmo a cada dia a gente tem que se superar."*

O Grupo II também demonstrou ambigüidade de sentimentos frente a identificação dos sintomas de depressão, referindo pena, raiva, angústia, evitando o confronto com a realidade, aliado ao despreparo profissional e a satisfação pessoal e profissional.

Observou-se que 14 profissionais (70%) do grupo apresentaram sentimentos ambíguos de raiva, pena e evitação da situação.

A- "... sinto pena, eles acham que os outros são culpados pela sua desgraça. Acho que fico perdendo meu tempo com pessoa que são fracas de caráter. Sabe é um saco, perder tempo com gente que não quer reagir, dá a impressão que não querem fazer muita força pra melhorar. Quando eu sinto que o cara está na fossa, eu falo que tenho que fazer uma outra coisa e evito mesmo, para que ficar grudado com alguém que não tem muita energia."

B- "... sinto raiva, raiva por perder tempo e me fazer de otário. Gente deste tipo é uma perda de tempo. Evito mesmo porque é chover no molhado, não dá pra ser assim me dá raiva porque sinto que cara ficou acomodado."

Já 6 profissionais (30%) do grupo relataram satisfação em poderem ajudar e colaborar para com o bem estar das pessoas

A- "... me sinto realizado e satisfeito por poder ajudar. Acho que é minha missão poder ajudar alguém com este tipo de sofrimento, afinal um dia pode ser a gente. Se a gente faz o bem, Deus dá em dobro pra gente"

B- “... me sinto bem em ajudar, mas acho que não tenho preparo para resolver a situação da pessoa. Sabe eu creio muito que o meu esforço já serve para confortar alguém com depressão de uma forma legal. A pessoa sente no teu olhar isto, afinal hoje em dia é muito raro alguém estender a mão para o outro. Deus é maravilhoso está vendo tudo isso e com certeza serei recompensado”

6.4 AÇÕES DESENVOLVIDAS DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS

Frente ao diagnóstico de depressão, o grupo I desenvolveu as seguintes ações: quatro profissionais promovem o aconselhamento na própria USF, mesmo que ele esteja mal:

A- “... trato o paciente na própria unidade, tento levantar a moral dele, tipo aconselhar e orientar a caminhar, distrair a mente. Já inicialmente um bom papo serve para quebrar o clima negativo...”

Já dois profissionais de saúde encaminham para especialistas da rede.

A- “... se ele está mal encaminho direto para o ambulatório. Sabe encaminho para o especialista mesmo que é o psiquiatra para não perder tempo mesmo, porque é uma doença bem séria mesmo.”

Em seguida, uma pessoa caracteriza a urgência ou emergência, definindo, a partir desta avaliação, o encaminhamento e a prescrição de medicamentos.

A- “... se vejo que o caso não pode aguardar que o paciente não está se alimentando, não dorme, fala em morrer, encaminho para a emergência do Hospital São José e prescrevo remédio também.”

B- “... atendo da melhor forma possível, prescrevo medicação e encaminho para uma unidade especializada, independente do grau de depressão que ele tenha. É muito difícil tratar porque não fiz psiquiatria.”

Observa-se que, em relação ao grupo I, a ação mais freqüente foi o aconselhamento na própria unidade independente do estágio de gravidade.

Quanto ao grupo II, sete profissionais (35%) utilizam o encaminhamento para os profissionais médicos da unidade ou para unidades especializadas, as quais se responsabilizam pela avaliação mais criteriosa.

A- "... mando pro psiquiatra direto. O médico do postinho normalmente é iniciante, não tem muita experiência pra resolver o problema. É complicado porque aqui em Mesquita tem pouco médico da cabeça."

B- "... peço que ela procure o psiquiatra. Mas aqui é difícil conseguir vaga. Então a gente manda pro médico da unidade mesmo, que é mais fraquinho, mas a gente pode contar."

Já para outros sete profissionais (35%) dos entrevistados apontam para o acolhimento como forma de conduta diante do diagnóstico de depressão e encaminham para os profissionais médicos da unidade, independentemente da gravidade.

A- "... quando vejo alguém deprê, converso com o maior carinho com a pessoa, buscando apoio em outra pessoa para dividir o papo. Quanto mais cedo a gente começar a tratar melhor é o tratamento. Eu encaminho pro médico da minha unidade mesmo não sabendo direito o que ele tem."

B- "... prefiro falar com a pessoa. Melhora muito com um bom papo. Por ter tido essa doença sei que precisa de um bom profissional e de muita conversa. É uma fase da vida em que a gente parece perder o chão, sabe. Chora por qualquer coisa parece que fica mais frágil, enfim não consegue se concentrar, fora que parece que quer ficar deitado o tempo todo, é como se você tivesse uma dengue, dá uma moleza só. Eu mando pra unidade mesmo, o médico é muito bom, lá do PSF"

Seis integrantes (30%) do grupo II incluíram seu sistema de crenças/valores, principalmente a fé religiosa, na conduta da depressão, não encaminhando para outras unidades ou para a própria.

A- "... a depressão leve não precisa de encaminhamento. Falo pra ele ir a Igreja, fazer alguma coisa, se divertir. Falo pra colocar o nome na corrente. Sabe só Deus que é médico dos médicos, é que consegue curar, a gente é produto do que Deus quer pra gente. Deus cura até AIDS, ponho na mão de Deus, mas o pastor da minha igreja também é importante por que leva o pedido pra Deus. O diabo faz a doença e Deus cura. Assim é a depressão, obra do diabo"

B- "... não mando pra lugar nenhum, pois acho que depressão é falta de caráter. O cara não quer se curar, o que eu posso fazer, é falta de vontade por sem vergonhice mesmo. Não perco o meu tempo."

Assim como os profissionais do grupo I, este grupo desconhece a técnica da Terapia Comunitária, a fim de garantir alívio do sofrimento, ou seja, somente são utilizadas técnicas individuais, baseadas na boa vontade por parte desses profissionais, com escassa sistematização ou embasamento teórico.

6.5 CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Observa-se que cinco profissionais do Grupo I relataram nunca ter participado de atividades de treinamento em saúde mental na sua USF, como palestras, cursos. e um profissional deste grupo apontou que apenas viu uma vez o CAPS ir `a USF estudada, com o objetivo de atender o paciente adscrito a área.

A- “... sinceramente nunca vi, aqui tudo é muito difícil. Nunca vi o CAPS atuar nesta unidade. Fica muita conversa de que as coisas vão mudar, mas no fundo a gente se sente órfão. Nunca participei de nenhum treinamento ou curso aqui dentro.”

Já um profissional deste grupo apontou que apenas viu uma vez o CAPS ir `a USF estudada, com o objetivo de atender o paciente adscrito a área.

B- “... uma vez veio o CAPS aqui da área, mas não foi capacitação, foi discussão de um caso e Fo só. Temos que ligar para o CAPS, praticamente com a gente. Isto atrapalha, as unidades aqui não conversam parece que todo mundo faz um trabalho no seu mundinho”.

A partir do discurso, pode notar-se o sentimento de isolamento por parte de alguns profissionais do grupo I, o que faz com que dificulte na integralidade do tratamento em toda a essência, ou seja, uma dificuldade de funcionamento da rede. Logo, como dito, os profissionais sentem-se privados de partilhar suas angústias, o que acaba por cada vez mais privar o paciente do atendimento e angustiar cada vez mais o profissional desta USF.

Os profissionais do grupo 2 se ressentem da falta de atividades de treinamento da área de saúde mental para uma prática mais eficaz na área de saúde mental. Apresentou dados consideráveis como que 14 profissionais deste grupo (70%) afirmaram nunca terem realizado nenhum tipo de treinamento, nem com a participação da equipe do CAPS local.

A- “...nunca vi fazer nenhum tipo de treinamento com a gente aqui. Parece que cada um de nós faz parte de um município diferente. Nunca fiz treinamento, curso, o CAPS praticamente não sei o porquê existe.”

Já para 6 profissionais (30%) reportaram que o CAPS, quase nunca comparecem embora sem um caráter sistemático.

B- “... de vez em quando o CAPS até aparece, mas é tão difícil. Eles só aparecem quando insistimos muito. Acho que falta parceria entre as equipes, me sinto meio órfão com isso, mas eu acho que quem sofre mais com isso é o paciente. Outro dia teve um cara que estava dizendo que ia se matar porque estava deprimido e eles falaram para gente que dependiam da SAMU, mas a Central não mandou o carro porque estavam com muitas ocorrências neste dia. Teve que vir um vizinho e levar o paciente até o CAPS. O médico foi muito gente boa e o paciente foi internado e graças a Deus agora está bem ”

7 DISCUSSÃO:

Entre os entrevistados dos grupos I e II que consideraram a depressão como doença, percebe-se um consenso entre os fatores referidos como determinantes, tais como relacionados a fatores psicossociais, excluindo fatores biológicos.

Estes dados são discrepantes em relação aos dados encontrados na literatura, como, por exemplo:

- Ballone (2007) afirma que as causas da depressão tem origem biopsicossocial, ou seja, envolve fatores biológicos e psicossociais.

De acordo com este autor:

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que, a *Depressão* pode ser devida a variações nas respostas dos circuitos neurais e estas, por sua vez, podem refletir alterações quase imperceptíveis na estrutura, na localização ou nos níveis de proteínas críticas para a função psíquica normal” (BALLONE, 2007).

- Stahl (2002), na teoria das monoaminas que foi formulada por Schildkraut em 1965, levantou a possibilidade da depressão ser resultado da diminuição dessas substâncias no sistema nervoso central.

Outro dado que chamou bastante a atenção foi a de que uma parcela tanto do Grupo I quanto do Grupo II considerou que tiveram preconceito em relação à depressão.

Estes profissionais não consideram a depressão como doença, mas sim como sentimento de tristeza profundo. Este pensamento encontrado em diversos estudos realizados no Brasil acarreta em dificuldades para o diagnóstico e tratamento de depressão. Este pensamento segue enraizado na sociedade por décadas, o que torna mais difícil a situação porque seus valores e crenças superam o profissionalismo, prejudicando a abordagem do usuário com este transtorno.

Botega e Silveira (1996) em estudo realizado em São Paulo para investigar as atitudes, conhecimento e autoconfiança dos médicos clínicos no diagnóstico e tratamento da depressão detectou que 42% dos participantes não sabia diferenciar depressão de tristeza.

Outro aspecto digno de nota é que estes profissionais, por não conceberem depressão como doença, não consideram os critérios estabelecidos pelos sistemas de classificação e desconhecem o ICPC 2. Para esta parcela de profissionais de ambos os grupos, depressão é um sentimento breve que “logo passa”.

Apesar da Organização Mundial de Saúde (1993), estabelecer que a CID-10 padroniza e cataloga as doenças e problemas relacionados à saúde e o Ministério da Saúde ter adotado a CID-10 como sendo a classificação oficial para o diagnóstico de um transtorno mental e que este deve ser relatado segundo suas normas, nenhum dos entrevistados do Grupo I ou II fez referência a esses critérios.

De acordo com Jorge (1996):

“... A CID-10 fornece, em suas Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, critérios específicos para que um determinado diagnóstico possa ser estabelecido. Ou seja, ainda que comportando certa flexibilidade, ocorrerá com alguma frequência que um psiquiatra possa ter uma impressão diagnóstica sobre um determinado paciente que não esteja de

acordo com o requerido pela CID-10. Caso o quadro clínico do paciente preencha parcialmente os critérios requeridos para aquela condição [por exemplo, um número menor de sintomas ou uma duração menor na apresentação do quadro], um diagnóstico provisório ou tentativo poderá ser atribuído a ele`.

O autor relata, ainda, que pela CID-10, as síndromes psiquiátricas passam a ser chamadas de transtornos e não mais doenças, permitindo a elaboração de múltiplos diagnósticos.

Entretanto, a CID-10 é considerada inadequada para situações em que há condições bem definidas, sem a possibilidade de diagnóstico preciso como os inquéritos ou assistência primária em saúde. A ICPC-2 elaborada para complementar a utilização da CID-10 no contexto da assistência na atenção básica busca incluir a fala do paciente e os problemas de natureza social na realização do diagnóstico. Entretanto, é pouco utilizada no Brasil.

A representação da depressão implicada revela uma determinada visão de mundo, de um sistema de crenças e valores, que aponta para uma estigmatização da doença e do doente. Logo, esta estigmatização acaba por interferir na abordagem deste paciente porque oferece a impressão de que o paciente com transtorno depressivo só pode ser tratado por psicólogo e psiquiatra, isentando o profissional de outros setores para sua abordagem. Embora, presente em uma minoria, este tipo de pensamento, pode prejudicar o tratamento do indivíduo deprimido.

Dimenstein *et al.* (2005) relata que 40% das equipes de atenção básica, não estão preparadas para atender a pacientes com transtornos mentais, devido a atribuírem este papel aos profissionais especializados, como psicólogos e psiquiatras.

De acordo com Dowrick *et al.* (2000), a idéia de que depressão não é uma doença contribui para a lentificação na busca de tratamento, assim como o estigma

que envolve os transtornos mentais contribui para diminuir a habilidade do profissional de saúde em diagnosticar e tratar os transtornos depressivos.

Nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado, ou não é tratado de forma adequada, observa-se uma pior evolução do quadro (SCHONFELD *et al.*, 1997).

O reconhecimento precoce dos sintomas depressivos colabora para um melhor prognóstico. Ressaltar a importância da capacitação destes profissionais da atenção básica quanto à percepção dos sintomas depressivos é uma forma de garantir um aumento da resolubilidade dos casos.

Observa-se por parte do Grupo I e II, dificuldade em lidar com a dor e o sofrimento alheio, o que acaba por dificultar a abordagem ao paciente. Embora diferentemente do Grupo I, uma parcela significativa de profissionais do Grupo II relatou sentir prazer em ajudar pessoas com sofrimento. É digno de nota entre os que disseram que tem prazer em ajudar o paciente deprimido, a forte presença do discurso religioso associado, indicando a influência de valores pessoais no atendimento ao paciente.

De acordo com Koziar:

“... Uma crença é algo aceito como verdadeiro pelo julgamento da probabilidade, ao invés de sê-lo pela sua realidade. Trata-se de um tipo especial de atitude, cujo componente intelectual é baseado mais na fé do que em um fato. As pessoas apresentam crenças que podem ser verdadeiras ou que, com uma evidência confiável, podem ser provadas como verdadeiras” (KOZIER, 1987).

O modelo biomédico encontra-se enraizado nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, o foco apenas está na doença, e o doente deprimido por esta visão deve ser tratado no hospital, não considerando outros dispositivos extra-hospitalares e a fala do paciente.

A Reforma Psiquiátrica preconiza uma modificação do paradigma de atendimento do modelo hospitalocêntrico para a criação de dispositivos extra-hospitalares, permitindo uma mudança no pensamento do profissional da saúde em relação aos cuidados do paciente psiquiátrico, inclusive o deprimido.

Para compreender a ambigüidade de reações encontradas nos Grupos I e II diante de um paciente depressivo, faz-se necessário entender o conceito de transferência e principalmente de contra-transferência postulados pela psicanálise, pois a partir deste último pode-se compreender como o acolhimento é feito.

De acordo com Marmor (1981):

“Transferência é o processo pelo qual são trazidos para o relacionamento atual sentimentos e conflitos originários de relacionamentos com pessoas importantes no início da vida. Esse fenômeno pode resultar em ligações afetivas intensas, irracionais, que não podem ser explicadas com base em situações da vida atual” (MARMOR, 1981, p.153).

Na maioria dos pacientes, as atitudes de transferência são positivas, ou seja, acreditam que o profissional de saúde pode ajudar verdadeiramente seus anseios. Os pacientes têm uma tendência a investirem o profissional de propriedades poderosas e onipotentes. O paciente sente-se desamparado e busca no profissional de saúde a solução dos seus problemas. A transferência positiva é um dos elementos do bom relacionamento médico-paciente.

De acordo com TAHKA (1988), em algumas situações o sofrimento da doença é somado à regressão, produzindo sentimentos e expectativas de transferência em relação ao profissional de saúde que são, em geral, de intenso apego e dependência. Este autor descreve situações onde acontecem sentimentos de transferência negativos em relação ao profissional, ou seja, o paciente nutre sentimentos de ódio, raiva pelos profissionais de saúde, acabando por agravar o quadro, com exibição de sentimentos de raiva, irritabilidade em relação ao profissional, o que contribui para a escassez de informações durante a consulta.

Outro elemento fundamental na relação médico-paciente é a contratransferência. Jeammet *et al.* (1989) a define da seguinte forma:

“... A contratransferência designa os movimentos afetivos do profissional como reação aos de seu paciente e em relação à sua própria vivência infantil. A contratransferência pode também ser positiva ou negativa e depende de inúmeros fatores, advindos tanto do paciente (idade, sexo, situação social, apresentação e comportamento) como do próprio profissional (estado de cansaço, irritação, situação conjugal, social e de trabalho)” (Jeammet *et al.*, 1989, p.163).

Este autor descreve que caso o profissional de saúde estabeleça uma contratransferência positiva proporcionará um melhor atendimento ao paciente.

Entretanto, caso haja uma contratransferência negativa, pode recusar a ouvir o paciente, não ter tolerância em relação ao paciente deprimido, não realizar o acolhimento de forma adequada, fazer encaminhamento para unidades especializadas de casos de baixa complexidade, entre outras.

Segundo Tahka (1988) para haver uma boa relação de acolhimento, esta deve estar pautada por:

“... escuta ativa - que é o engajamento no sentido de estar "com", tentando desenvolver no outro o sentimento de "ser compreendido"; a aceitação do outro, além do que se pensa ou do que ele diz, que permite desenvolver uma aceitação compreensiva e não normativa; a empatia, que é o esforço para compreender os sentimentos das outras pessoas e não apenas suas idéias; a confiança, que é construída no desenrolar da relação de consulta e se desenvolve a partir de uma tomada de consciência das próprias emoções do profissional e do manejo adequado na direção da ação terapêutica e, por fim, a ausência de julgamento que, acredita-se, pode tornar-se forte aliada no sentido de que julgar negativamente uma conduta do paciente nem sempre resulta no desencadeamento de atitude adequada e de adesão à terapêutica”.

De acordo com Boff (1999), o ato de cuidar consiste numa atitude de demonstrar atenção, responsabilidade, envolvimento afetivo com o paciente. Cabe destacar que o cuidado para acontecer de fato depende do envolvimento e empenho profissional por parte do cuidador e a aceitação por parte daquele que está sendo

cuidado. O ato de cuidar de alguém só acontece quando é experimentado. Isto envolve respeitar ao outro e a si mesmo como ser humano e também como profissional (WALDOW, 1998).

De acordo com Remen (1993), o profissional de saúde, devido ao seu treinamento e sua experiência, passa por intensas transformações, o que resulta em conhecimento profundo sobre a vida humana.

O profissional de saúde para ser um bom cuidador é importante que realize o cuidado de forma carinhosa, solidária, profissional, capacidade técnica, ética, respeito ao próximo. Além disso, se faz necessário que esteja desprovido de preconceitos, de ressentimentos e de más intenções.

É digno de nota que apenas um indivíduo do grupo I faz encaminhamento de urgência/emergência a partir da gravidade do caso. Este dado é extremamente preocupante, pois de acordo com Stahl (2002), o paciente com depressão grave deve ser observado de perto por um psiquiatra e preferencialmente em serviços especializados em regime hospitalar. Isto levanta uma preocupação sobre o preparo do profissional de saúde da atenção básica para diagnosticar os sintomas depressivos. Vários fatores influenciam tal resposta, dentre estas: frequência de capacitação na área de saúde mental, sentimento de contra-transferência positivo em relação ao paciente e conhecimento em relação aos critérios diagnósticos.

Em geral, os pacientes atendidos na atenção básica, são pacientes com perfis diferentes daqueles que freqüentam os serviços especializados, apresentando quadros leves e agudos, sem a necessidade de utilizar medicamentos.

Outro dado que chama a atenção diz respeito a ausência de grupos terapêuticos com a finalidade de aconselhamento e desconhecimento em relação a terapia comunitária, que é adotada pelo Ministério da Saúde desde de 2008, como

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Departamento de Atenção Básica.

Observou-se uma visão semelhante nos profissionais pesquisados, ao dizer que há deficiência de ações de educação e treinamento oferecidas pelo gestor. Embora haja participações eventuais do CAPS junto a esta USF, estas não tem caráter sistemático, ou seja, há fragilidade na integração das ações entre os membros das equipes, o que acaba por gerar uma fragmentação do atendimento ao usuário com transtorno mental. Esta é uma opinião compartilhada pelas duas equipes.

O CAPS tem o papel de reorganizador da rede de atenção em saúde mental. Além disso, o CAPS é responsável pelo matriciamento das equipes de Saúde da Família. A capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica, assim como a supervisão dos casos de transtornos mentais são funções das equipes matriciais. Contudo, tem havido dificuldades neste município para a concretização do papel do CAPS como executor de tais funções, em virtude do insuficiente número de profissionais, elevada demanda de atendimento, dificuldade de acesso às USF e insuficiente disponibilidade de viaturas para o deslocamento dos profissionais especializados às USF

Houve a descrição de situação reportada por um dos profissionais do Grupo II, de que certa vez não houve uma ambulância da SAMU para transportar o paciente até o CAPS para avaliação psiquiátrica. Para resolver esta situação teve que um cidadão conhecido do paciente promover o transporte por seus meios próprios em direção ao CAPS, ou seja, ausência de meios públicos para resolver um problema de saúde.

A região onde está situada a USF estudada possui áreas de grandes aclives, de difícil acesso, constantes confrontos entre policiais e marginais. Associado a estes fatores a rotatividade elevada dos profissionais de Saúde da Família, principalmente de nível superior, e a considerável distância em relação ao CAPS (em torno de 15 km), parecem estar associados à dificuldade de realizar o matriciamento permanente desta equipe de Saúde da Família.

Em 2008, o Ministério da Saúde implementou os NASF, para que estes realizem as funções de promoção da saúde implementando as ações de capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica e de supervisão dos casos de transtornos mentais da área adscrita às equipes da USF. Entretanto, o município de Mesquita não conta em sua rede com NASF, ficando a cargo do CAPS a responsabilidade pela capacitação e supervisão das quatorze equipes da ESF do município.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas dos profissionais de saúde frente a um paciente depressivo obedecem, muitas vezes, às suas crenças e valores, sendo suas práticas orientadas por critérios pessoais, empíricos.

É digno de nota que os valores e crenças dos profissionais de saúde principalmente os de nível médio/fundamental, influenciam diretamente nas práticas destes diante de um paciente deprimido, como por exemplo, considerar que a fé é o tratamento. Este pensamento é baseado na questão de que a fé exerce poder de cura, utilizando exclusivamente a reza no tratamento de doenças, excluindo o uso de medicamentos, psicoterapia, ou outras formas de assistência. Observa-se preconceito em ambos os grupos com relação aos pacientes deprimidos. O preconceito leva os profissionais a deixarem de fazer o diagnóstico e o tratamento de forma correta.

A fé é vista, por muitos profissionais, como o único tratamento possível, desconsiderando os recursos medicamentosos e psicoterapêuticos, resultando o tratamento em aconselhamento religioso e de senso comum.

A fala dos profissionais entrevistados revela que o acolhimento e a escuta do sujeito são pouco explorados. Há uma crença do profissional, de que o hospital psiquiátrico é o melhor espaço de tratamento para o sujeito que sofre e que o paciente com transtorno mental, inclusive a depressão deve permanecer asilado e afastado do convívio social. Logo, é preciso desmistificar ou desconstruir essa visão do transtorno mental, que existe no coletivo dos profissionais e da comunidade. Este modelo hospitalocêntrico é ainda presente na população e também entre os

profissionais de saúde, pois a representação social da doença mental persiste e dificulta a implementação, na prática, da Reforma Psiquiátrica.

Uma parcela dos profissionais participantes da pesquisa julgou o paciente deprimido como tendo “falta de caráter”, “falta de vergonha”, “preguiça”. Com isso, torna-se difícil a identificação do paciente deprimido na comunidade e o acolhimento do paciente em sofrimento psíquico na USF estudada, visto o grande preconceito em relação ao paciente deprimido por parte de uma parcela significativa dos profissionais de saúde entrevistados.

Os profissionais de ambos os grupos sentem-se despreparados para abordar o paciente deprimido e “clamam” por capacitação na área de saúde mental para aliviar o sofrimento dos pacientes, bem como os seus próprios.

A integração das equipes de Saúde da Família com profissionais da área de saúde mental constitui o ponto de partida para a reinvenção da prática em saúde, do exercício profissional a partir de uma nova abordagem do processo saúde-doença, com enfoque na saúde da família e entendimento do sofrimento psíquico do indivíduo, aumentando a resolubilidade dos casos e na construção de redes de apoio e integração.

Observa-se a dificuldade de articulação da rede por questões físicas, como a dificuldade de acesso a USF estudada, a grande distância entre os serviços de níveis de complexidade e o desconhecimento dos profissionais de saúde da USF sobre o funcionamento da rede. Estes fatores influenciam diretamente na integração dos profissionais com a rede e atenção básica.

Os profissionais de ambos os grupos têm condutas diferentes após o diagnóstico de depressão. Os do Grupo I realizam acolhimento e encaminhamento na própria unidade independentemente da gravidade do quadro, e podem

encaminhar para outro serviço dependendo da gravidade, já os do Grupo II além das ações citadas podem também pedir para que os pacientes procurem uma Igreja e não acompanham o paciente posteriormente. Este dado chamou bastante a atenção por muitas vezes poder considerar o empirismo é levado em consideração, descartando uma abordagem medicamentosa e psicoterápica.

Outro problema que chamou a atenção foi a uniformidade de sentimentos negativos que os profissionais do Grupo I apresentaram em relação ao paciente deprimido, isto possivelmente pode significar um pedido de ajuda por parte destes para poder compreender como encontra-se a sua própria psique. quando o indivíduo não encontra-se feliz, ele começa a desenvolver o mecanismo da evitação, o que aconteceu com este grupo. Contrariamente ao que se observa no grupo II, que uma parcela considerável de profissionais sentem-se mais recompensados em poder ajudar os pacientes deprimidos. Entretanto tal justificativa, para que isto aconteça é devido a fatores de valores e crenças, como a religiosidade.

Os dois grupos apontaram que há uma falta de integração entre os serviços de atenção básica e os serviços especializados, como o CAPS. Sendo muitas vezes citado que parece que não encontram-se no mesmo município. Este dado é extremamente relevante, pois isto desconsidera um dos princípios do Sistema único de Saúde, que é o da integralidade. Logo, o maior prejudicado é o usuário.

Com base nos dados apresentados, entende-se que é necessário que haja maior integração do CAPS e do CAPS AD do município descrito junto às equipes de Saúde da Família, através de reuniões de periodicidade regular. O objetivo de tais reuniões é permitir o esclarecimento sobre os principais transtornos mentais por parte dos profissionais de saúde da Atenção Básica, apresentar as indicações de

cada um dos serviços de saúde mental e acompanhar os profissionais de saúde que estão em sofrimento psíquico.

Cabe ressaltar a importância da implementação de técnicas focadas no grupo no serviço de atenção básica, como a Terapia Comunitária devido a seu baixo custo de implantação e efetividade no tratamento de transtornos mentais. Identificasse a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais de saúde estudados através de cursos, palestras na área de saúde mental.

É necessário a realização de novos estudos afim de compreender a dinâmica de funcionamento dos serviços de atenção básica com a saúde mental deste município para aprimorar a qualidade e acesso do tratamento oferecido aos usuários que sofram de transtorno depressivo.

9 REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D de C. (Coord.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed., Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

BALLONE, GJ. **Causas da Depressão**. IN: PsiquWeb, Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 22 set 2009.

BAPTISTA, T. W. F.. **História das políticas de saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. PONTES, A. L. M. De saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 29-60, 2007.

BARDIN, L.. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Portugal. Edições 70, 2002.

BARRETO, A. De P.. **Terapia Comunitária Passo a Passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BOFF, L.. **Saber Cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BOTEGA, NJ.; SILVEIRA, GM. **General practitioners attitudes towards depression**: a study in primary care setting in Brazil. International Journal of Society Psychiatry, v. 42, p. 230-237, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, p. 292 (Título VIII, Capítulo II, Seção II, art. 196, Da Saúde), 1988.

BRASIL. **Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001**. Em: Legislação em saúde mental 1990-2004. 5 ed., rev. Atual. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/concursos>. Acesso em: 26 abril 2009.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Parecer CNE/CNS nº1133, 7 de agosto de 2001. Disponível em: < [TTP://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **A Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <<http://www.congemas.org.br/loas.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento e atenção básica. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS,

2000. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/apresentacao.html>. Acesso em: 23 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº648, de 28 de março de 2006, Brasília, 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em: <[TTP://dtr2001.saude.gov.br/bvs](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: 23 agosto 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Em: Legislação em saúde mental 1990-2004. 5 ed., rev. Atual. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/concursos>. Acesso em: 14 agosto 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Em: Legislação em saúde mental 1990-2004. 5 ed., rev. Atual. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/concursos>. Acesso em: 22 jun 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família 2004.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. **Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. 2003.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, republicada em 04 de março de 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida.** 2 ed., São Paulo: Hucitec, 1994.

CHENIAUX, E.. **Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum?** Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo: Vox Editora, 2(27):157-62, 2005.

DALGALARRONDO, P.. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, YF.; BRITO, M.; SEVERO, AK.; MORAIS, C.. **Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família.** Metal [online] 2005 novembro [Acesso 11 set 2008]; 3(5): 33-42. Disponível em: <<http://pepsic.bvs->

psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272005000200003&lng=pt&nrm=>. Acesso em: 15 agosto 2009.

DOWRICK, C.; GASK, L.; PERRY, R.; DIXON, C.; USHERWOOD, T.. **Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behavior?** Psychological Medicine. Cambridge University Press, England, 30:413-9, 2000.

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4 ed., rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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. p.154 . Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UERJ, 2004.

FORTES, S.; FURLANETTO, L. M.; CHAZAN, L. F.. **Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF)**. Saúde mental em foco. Boletim científico. 4 ed. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=4&boltex_id=20>. Acesso em: 18 fev. 2009.

FORTES, S.; VILLANO, LAB.; LOPES, CS. **Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro**. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, 30(1):32-7, 2008.

FORTES, S.; VILLANO, LAB.; LOPES, CS. **Transtornos Mentais em Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF)**: Um estudo do município de Petrópolis/RJ. Disponível: <<http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-3142.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2009.

FUKUI, L.. **Terapia comunitária e o conceito de comunidade**: uma contribuição da sociologia. Disponível em: <[TTP://www.usp.br/nemge/artigo-lia.pdf](http://www.usp.br/nemge/artigo-lia.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2009.

FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M.; HESPANHOLO, G. C.; RONCOLATO, L. T.. **O ensino do relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente: avaliação dos alunos**. Revista Eletrônica de Enfermagem. [online], v. 3, n. 1, 2001. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 16 set. 2009.

GOLDBERG, D.; GOODYER. I.. **The Origins and Course of Common Mental Disorders**. Routledge, New York, 2005.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P.. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GOODMAN; GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. São Paulo: McGraw-Hill, 11 ed., 2006.

JEAMMET, P.; REYNAUD; CONSOLI, S.. **Manual de Psicologia Médica**. São Paulo: Editora Durban, 1989.

JORGE, M.R. **Sobre a CID-10 e sua comparação com a CID-9.** Psychiatry On-line Brazil (1) Julho 1996. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/cid10.htm>>. Acesso em: 23 out. 2009.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.. **Compêndio de Psiquiatria.** 8 ed., Porto Alegre: Artmed, 2001.

KOZIER, B.; ERB, G.. **Fundamentals of nursing: concepts and procedures.** 3 ed., Menlo Park: Addison-Wesley, v. 8, p. 177-96, 1987.

LECRUBIER, Y.. **Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management.** The Journal of Clinical Psychiatry, Memphis: Physicians Postgraduate Press, 17(59):33-7, 1998.

LYRA, M.A.A. **Desafios da saúde mental na atenção básica.** Cadernos IPUB. Saúde Mental na Atenção Básica. IPUB/UFRJ, v. 13, n. 24, mar-abr, Rio de Janeiro, 2007.

MARMOR, J.. **O médico como psicoterapeuta.** In: USDIN, G.; LEWIS, J.M. Psiquiatria na prática médica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, A.G.B de; ATAÍDE, I. de F. C.; SILVA, M. da A.. **A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família.** Texto & Contexto Enfermagem, outubro-dezembro, ano 2004, v.13, p. 618-624, 2004. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários.** Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais.** Genebra, 2000, p. 15. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf>. Acesso em: 21 abril 2009.

PASSOS, E.; AMSTALDEN, A.. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental.** Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/reforma.html>>. Acesso em: 17 fev. 2009.

PIRES, ÁLVARO P.. **Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais.** In: VVAA. A pesquisa qualitativa: enfoque epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, p 43-94, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MESQUITA. **Dados gerais do município de Mesquita.** Disponível em: <http://www.mesquita.rj.gov.br//index.php?option=com_content&task=view&id=302&Itemid=384>. Acesso em: 27 fev. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MESQUITA. **Estudo socioeconômico 2005 do município de Mesquita.** Disponível em: <<http://tce.rj.gov.br/sitenovo/develop/estupesq/gc04/2005/mesquita.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2009.

REMEN, R. N.. **O paciente como ser humano.** Trad. De Denise Bolanho. São Paulo, Summus, 1993.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P.. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil:** aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, JR., B, AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria sem hospício.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55, 1992.

SANTOS, SMA. **O cuidador familiar de idosos com demências:** um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras. 2003. p 123. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade Estadual Campinas; 2003.

SABBATINI, R.M.E. **A História da Terapia Por Choque em Psiquiatria.** Revista Cérebro & Mente, revista on line n. 4, dez 1997. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm>>. Acesso em: 23 out. 2009.

SCHONFELD, WH.; VERBONCOEUR, CJ.; FIFER, SK.; LIPSCHUTZ, RC.; LUBECK, DP.; BUESCHING, DP: **The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder.** The Journal of Affective Disorders, London, England: Elsevier, 43:105-19, 1997.

SHAPIRO, S.; SKINNER, EA.; KESSLER, LG.; VON KORFF, M.; GERMAN, PS.; TISCHLER, GL.; LEAF, PJ.; BENHAM, L.; COTTLER, L.; REGIER, DA. **Utilization of health and mental health services.** Three Epidemiologic Catchment Area sites. In: Archives of General Psychiatry. Chicago: Jama & Archives Journals, 41(10):971-8, 1984.

STAHL, S. M.. **Psicofarmacologia – base científica e aplicações práticas.** 2 ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

TAHKA, V.. **O relacionamento médico-paciente.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

VAN DER HEYDEN, J.; VAN OYEN, H.; GISLE, L.. **The classification of health problems in health interview surveys:** using the International Classification of Primary Care (ICPC). Soz Praventivmed, 49(2):161-3, 2004.

VILLANO, LA. **Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos:** o ambulatório de clínica geral. 1998. p 134. Tese de Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica. São Paulo – UNIFESP, 1998.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** Porto Alegre, Sagra. 1998.

III Mostra Nacional de Produção em Saúde Mental. Brasília, 5 a 8 de agosto de 2008. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/evento/mostra/mostra_login.php. Acesso em: 23 fev. 2009.

10 ANEXOS

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

Projeto: Depressão: Percepção e práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família de Mesquita/RJ

Responsável: Bruno Pascale Cammarota, sob a orientação da Prof^a Eliane Carnot de Almeida.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa: Pesquisar a percepção e práticas a partir do diagnóstico dos sintomas depressivos pelos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família situada no município de Mesquita.

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o pesquisador pelos telefones 9623 - 3500 / 2593 – 0177 / e-mail: brumario@terra.com.br.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

ANEXO II: ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1) Há quanto tempo atua no PSF

() até 1 ano

() 1-2 anos

() 2-3 anos

() 3 anos em diante

2) Reside na área de cobertura da USF em que trabalha

() sim

() não

3) idade:

4) sexo: () masculino

() feminino

PERGUNTAS SOBRE O TEMA:

1) O que você entende por depressão?

2) Como você identifica um indivíduo deprimido?

3) O que você faz quando identifica um paciente deprimido?

4) O que você sente quando atende um paciente com depressão?

5) Como acontece a capacitação sobre este tema nesta USF?
