

UMA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO A INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO

An analysis of the document care strategies to individuals with depression diagnosis

Patricia Kozuchovski Daré¹
Sandra Caponi²

Artigo encaminhado: 09/07/2013
Aceito para publicação: 05/05/2015

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi de analisar as estratégias de cuidado à saúde dos indivíduos com diagnóstico de depressão, a partir do exame de documentos considerados referência sobre o assunto, do cenário mundial ao municipal. Os documentos examinados foram o Relatório sobre a Saúde no mundo (2001), Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) e o Protocolo de Atenção em Saúde Mental de Florianópolis (2010). Realizou-se uma análise documental, e, a partir da técnica de análise de conteúdo temático identificaram-se três categorias: 1) diretrizes gerais sobre saúde mental; 2) métodos de avaliação e diagnóstico da depressão e 3) prescrição de medicamentos antidepressivos e outras estratégias de cuidado e tratamento. De acordo com os documentos analisados, observou-se que, alguns avanços teóricos foram tecidos sobre a temática da saúde mental, mas a incorporação destes conteúdos na prática profissional, ainda é muito tímida. A crítica se desenvolve no sentido de não nos acomodarmos enquanto facilitadores e gestores destas ações, e, de criarmos espaços de escuta tornando assim, viável que estes indivíduos criem suas próprias identidades sociais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Estratégias de cuidado; Depressão.

¹Naturóloga, Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: patriciakdare@gmail.com

² Professora Dra., Depto. de Sociologia. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: sandracaponi@gmail.com

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the care strategies to the health of individuals diagnosed with depression, from the examination of documents considered reference on the subject of the municipal world stage. The documents examined were the Health Report in the world (2001), Report of the Fourth National Conference on Mental Health Intersectoral (2010) and the Attention Protocol on Mental Health Florianópolis (2010). We conducted a documentary analysis, and from the thematic content analysis technique identified three categories: 1) general guidelines on mental health; 2) methods of assessment and diagnosis of depression and 3) prescription of antidepressant medications and other care and treatment strategies. According to the documents reviewed, it was observed that, some theoretical advances have been woven on the issue of mental health, but the incorporation of these contents in professional practice, is still too timid. The criticism is developed in order not to accommodate as facilitators and managers of these actions, and to create listening spaces, thus making feasible that these individuals create their own social identities.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Care strategies; Depression.

1 INTRODUÇÃO

Da psiquiatria clássica à moderna, até a Reforma Psiquiátrica, além dos avançados tratamentos medicamentosos, observamos importantes mudanças nos tratamentos dispensados aos indivíduos em sofrimento mental. Durante anos, as estratégias e práticas psiquiátricas se traduziram em um movimento de biopoder da sociedade em relação aos indivíduos que se encontravam com algum tipo de sofrimento mental.

Desde o tratamento moral utilizado por Pinel (PESSOTTI, 1996) e depois com as classificações das doenças mentais, elaboradas por Kraepelin, e que influenciam até hoje a psiquiatria moderna (KRAEPELIN, 2009), as formas de

tratamentos utilizados são construídas e baseadas a partir de um discurso que considera o corpo humano um espaço, onde as doenças se originam e se manifestam. E apesar de todas as discussões e reflexões que emergiram do movimento da Reforma Psiquiátrica, ainda não conseguimos transpor o discurso biomédico que rege as práticas hegemônicas e que normalizam as situações e tornam patológicos os indivíduos com condutas socialmente anormais (CAPONI, 2009). Ainda hoje observamos que as intervenções médico-psiquiátricas, bem como as de outros profissionais da saúde, basicamente estão alicerçadas pelo discurso biomédico, fundamentando-se prioritariamente em explicações biológicas que abordam a doença somente sob uma perspectiva e anulam a identidade de quem está, por assim dizer, doente. A doença, dessa forma, passa a tomar o lugar do próprio indivíduo, a subjetividade do sujeito é descontextualizada e a doença então se personifica (MARTINS, 2008; HERNÁEZ, 2006; GUARIDO, 2007; AGUIAR, 2003).

No decorrer da história, a biomedicina se apropriou das relações sociais conflitivas e comportamentos socialmente indesejados, tornando-os problemas de saúde, resultando em um processo de medicalização dos sofrimentos (CAPONI, 2009). Concomitante a este processo, acompanhamos o crescimento exacerbado do consumo de antidepressivos, que desde 1952 com a primeira sintetização de psicofármaco (GUARIDO, 2007) e em 1986 com a validação do cloridrato de fluoxetina, tomou proporções cada vez maiores. A depressão é hoje considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a quarta doença em termos de prevalência mundial (WHO, 2011) e problema de Saúde Pública no Brasil, por apresentar alta prevalência da população geral, entre 3% a 11%, e pelo impacto produzido no cotidiano dos indivíduos (FLECK *et al*, 2003). Destaca-se como um dos sofrimentos mentais mais representativos e de grande desafio para os profissionais da saúde, no que se refere ao seu diagnóstico, formas de tratamento e à prescrição de medicamentos antidepressivos (HERNÁEZ, 2006).

O profissional médico realiza o diagnóstico e prescreve os medicamentos, aparecendo como protagonista no cenário da assistência à saúde e em geral aos problemas de saúde mental. No entanto, para estes serviços, exige-se uma rede de profissionais e dispositivos diversificados para atender à complexidade da demanda, o que Cordeiro (1980) chamou de

complexo médico industrial (CMI), que se refere à organização de uma rede ampla de profissionais e atores na área da saúde. Podemos citar aqui alguns exemplos como a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos e hospitalares, as universidades que formam profissionais nos mais variados cursos da área da saúde, profissionais de terapias alternativas e ou complementares, hospitais, clínicas (públicas ou privadas), a indústria especializada em propagandas, a indústria de publicações e as empresas de seguro-saúde (CAMARGO, 2007).

Nestas circunstâncias o profissional médico deve ser um dos vários profissionais que integram uma equipe comprometida com o cuidado à saúde dos indivíduos. Mas segundo Hernáez (2006) as estratégias hegemônicas influenciam fortemente todos os profissionais desta área, bem como os próprios consumidores e usuários dos serviços de saúde. Podemos pensar então que neste sentido, os esforços contra-hegemônicos não devem se debruçar somente aos profissionais médicos, mas sim a todas as esferas que de forma direta ou indireta atuam no campo da saúde mental.

Devemos nos questionar então sobre as nossas instituições, práticas, estratégias de cuidado, formação profissional e sobre o engessamento social que produzimos, pois para fortalecer o movimento contra-hegemônico se faz necessário antes de tudo uma reformulação e reestruturação profunda das práticas e do pensar sobre a “loucura” (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

O movimento da Reforma Psiquiátrica propõe um olhar para novas direções, para uma atenção psicossocial ampla, estruturada em uma prática que restaura a cidadania, resgata a subjetividade dos sujeitos em sofrimento mental e rompe com a exclusividade do modelo clássico de cuidado a saúde que favorece a medicalização como estratégia para remediar e controlar a vida cotidiana (OLIVEIRA, 2010). É um movimento que pode ser compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005) que prima pela desinstitucionalização, inclusão social e assistência de atenção psicossocial, substituição dos hospitais psiquiátricos com reformas centradas no sujeito, na singularidade e na capacidade dos mesmos de protagonizar seus modos de fazer a andar na vida. (IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E INTERSETORIAL, 2010).

Há de se esperar então que as políticas de saúde sejam pensadas sob uma lógica menos medicalizante, voltadas para práticas de cuidado ao indivíduo em sofrimento mental e que favoreçam as experiências do processo saúde-doença-cuidado comprometidas da defesa da vida individual e coletiva.

Mas sabemos que os obstáculos são grandes, cabe então nos questionarmos: se estamos imersos neste contexto das práticas psiquiátricas hegemônicas vigentes, será possível criar estratégias que fogem à lógica dos tratamentos medicamentosos tradicionais? As práticas ou estratégias de cuidado utilizadas hoje favorecem o estímulo à autonomia dos indivíduos, são focadas na integralidade e subjetividade do sujeito, como preconiza a Reforma Psiquiátrica ou ainda mantêm a lógica da medicalização?

O objetivo deste trabalho foi de analisar as estratégias de cuidado à saúde dos indivíduos com diagnóstico de depressão, a partir do exame de documentos que são referência sobre o assunto no cenário mundial e municipal. Os documentos examinados foram o Relatório sobre a Saúde no mundo (2001), o Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) e o Protocolo de Atenção em Saúde Mental de Florianópolis (2010).

A partir da técnica de análise de conteúdo temático identificou-se três categorias: 1) diretrizes gerais sobre saúde mental; 2) métodos de avaliação e diagnóstico da depressão; e 3) prescrição de medicamentos antidepressivos e outras estratégias de cuidado e tratamento.

1.1 A Reforma Psiquiátrica

A Reforma psiquiátrica no Brasil teve início juntamente com o movimento sanitário nos anos 70 e apoiou as mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde, a equidade na oferta dos serviços e a defesa do protagonismo dos trabalhadores e usuários. A crise do modelo de saúde centrado no hospital psiquiátrico e as denúncias de violência asilar resultaram em um intenso movimento social em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos e do resgate da cidadania dos mesmos (CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005). Este movimento, segundo Delgado (2009) tem não somente um sentido cultural, mas que fundamentalmente

necessita de suporte técnico sustentado na história e no crescimento da medicina compreendida socialmente.

As transformações no campo da saúde mental, somadas à criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988 e às conferências de saúde mental de 1987 e 1992, resultaram na abertura de novos caminhos para a saúde pública brasileira e em intensas discussões sobre novos dispositivos e intervenções sobre o sofrimento psíquico (AMARANTE e TORRES, 2001). Fato que culminou na atual política de Saúde Mental que preconiza a redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos, prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária e a criação de dispositivos assistenciais em saúde mental. Esta rede deve ser composta por diversas ações e serviços entre eles, ações de saúde mental na Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental (em CAPS III e em hospital geral), Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros de convivência e cultura, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Observamos, assim, que o campo da saúde mental se insere em um contexto multidimensional, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, focado na integralidade do cuidado social e da saúde, garantindo acesso aos usuários de saúde mental, serviços que visam à universalidade e à integralidade no atendimento (IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E INTERSETORIAL, 2010; OLIVEIRA, 2010; AMARANTE; 2007).

1.2 Estratégias de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão

A depressão é uma condição crônica associada à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde geral dos indivíduos resultante de fatores ambientais e genéticos, advindos da interação da biologia com fatores sociais (SILVA *et al*, 2005). Com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2004), a depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave, e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2008) apresenta-se como episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior.

O DSM-IV, principal instrumento utilizado no diagnóstico dos transtornos mentais, se tornou a principal linguagem da psiquiatria mundial promovendo uma grande transformação na prática da clínica psiquiátrica e nas pesquisas em saúde mental (FLECK *et al*, 2003; HORWITZ, WAKEFIELD, 2010). Os transtornos mentais são reduzidos a sintomas, em uma abordagem descritiva, favorecendo a classificação e análise independente da subjetividade da cada sujeito. Ocorre então, uma mudança de perspectiva, onde o olhar do médico se desloca dos sujeitos singulares para os transtornos universais (AGUIAR, 2003)

Este mesmo instrumento tem sido alvo de muitas críticas, principalmente no que se refere às suas limitações, em razão da excessiva fragmentação dos quadros clínicos de transtornos mentais e da superposição dos sintomas (GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; MATOS *et al*, 2005; RODRIGUES, 2003). O extenso conjunto de sintomas apresentados no DSM e o protocolo de diagnóstico proposto pelo mesmo possibilita que acontecimentos que fazem parte da vida sejam nomeados como sintomas próprios dos transtornos mentais (HORWITZ, WAKEFIELD, 2010). E o fato destas informações serem socializadas pela formação médica permite que todas as especialidades médicas mediquem seus pacientes com grande facilidade (GUARIDO, 2007).

A partir da anunciação do diagnóstico, a estratégia de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão mais difundida e popular é a terapia farmacológica, entre eles podemos destacar os seguintes métodos e práticas: terapia eletroconvulsiva (ECT), inibidores da monoamino-oxidase (IMAO), inibidores da receptação de aminas biogênicas (ATC), inibidores seletivos da receptação de 5-HT (ISRS), inibidores duais de 5-HT e NE (ISNR) e os atípicos que agem como antagonistas de 5-HT e os inibidores de sua receptação (AIRS) (ROMEIRO, FRAGA, BARREIRO, 2003). Podemos encontrar hoje, no mercado farmacêutico, mais de oito classes de antidepressivos, em média com 22 substâncias ativas para o tratamento farmacológico da depressão, no entanto, apesar dos grandes avanços da indústria farmacêutica no desenvolvimento destas substâncias, somente de 30 a 35% dos indivíduos com diagnóstico de depressão respondem positivamente ao tratamento com psicofármacos. (MORAES *et al*, 2007). Ainda que de forma tímida, outras estratégias de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de depressão são utilizadas, como por exemplo, terapia interpessoal, comportamental,

psicanálise, cognitiva, psicoterapia de grupo, de casais e de família, (McINTYRE *et al*, 2002; SOUZA, 1999; TREVISAN, 2004; POWELL *et al*, 2008; RANGÉ, *et al*, 2007).

1.3 Relatório de Saúde no Mundo: Saúde Mental, Nova Concepção, Nova Esperança

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é o braço regional (Américas) da Organização Mundial da Saúde, e se dedica à melhorar as condições de saúde dos países americanos. Desempenha função nas questões de melhoria das políticas e serviços públicos de saúde, por meio de transferência de tecnologia e divulgação do conhecimento obtido de experiências compartilhadas com outros países membros. (OPAS, 2011). A OPAS juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) nas suas atribuições e atividades desenvolvidas no ano de 2001 dedicaram-se a discussão do tema Saúde Mental e apresentaram um relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre esta temática. O relatório sobre a Saúde no Mundo (2001) renova e enfatiza os princípios anunciados pelas Organizações das Nações Unidas (ONU), são eles: 1) o de que não deverá existir discriminação em virtude de doenças mentais; 2) na medida do possível, deve-se conceder a todo paciente o direito de ser tratado e atendido em sua própria comunidade e 3) de que todo paciente deverá ter o direito de ser tratado num ambiente o menos restritivo, com o tratamento menos restritivo ou intrusivo. O presente relatório descreve a efetividade da prevenção, a disponibilidade e limitações dos tratamentos, examina o planejamento dos serviços em saúde mental e enuncia, de forma ainda que resumida, as políticas necessárias para garantir o fim da discriminação do indivíduo em sofrimento mental e a implantação de tratamentos eficazes e adequados.

Segundo Brundtland (2001), o relatório se constituiu a partir de uma nova abordagem de compreensão dos transtornos mentais e faz dez recomendações para a construção de ações em saúde mental: 1) proporcionar tratamento na atenção primária; 2) disponibilizar medicamentos psicotrópicos; 3) proporcionar atenção na comunidade; 4) educar o público; 5) envolver as

comunidades, as famílias e os usuários; 6) estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; 7) preparar recursos humanos; 8) formar vínculos com outros setores; 9) monitorar a saúde mental na comunidade e 10) dar mais apoio a pesquisa (RELATÓRIO DE SAÚDE NO MUNDO, 2001).

1.4 Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial

Segundo o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010), após os intensos ciclos de debates, foram identificadas algumas lacunas e desafios resultantes da complexidade da temática da Saúde Mental, no que se referem ao seu caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial. Este relatório reafirmou os princípios gerais da Reforma Psiquiátrica, enfatizando a superação do modelo asilar, a criação de uma rede substitutiva e diversificada e direito e cidadania assegurados aos indivíduos com transtorno mental. A conferência foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e realizada em Brasília de 27 de junho a 01 de julho de 2010, e se consolida como dispositivo fundamental para criações e reformulações de políticas de Estado com a presença e participação popular.

Segundo a Lei n. 8.142/90 em seu artigo 1º, parágrafo 1º, as conferências de saúde deverão ser realizadas a cada quatro anos com representantes de vários segmentos sociais com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes que irão conduzir a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Neste momento os vários setores envolvidos devem se propor a questionar, problematizar e apresentar suas propostas e sugestões sobre o campo da saúde mental que resultarão nas moções aprovadas nas conferências e que servirão de base para as várias ações, nos mais diversificados setores da saúde mental.

1.5 Protocolo de Atenção de Saúde Mental do município de Florianópolis

Como sugerido na IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial criou-se, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a primeira e atual edição do Protocolo de Atenção em Saúde Mental, no ano 2010, com um guia para conhecimento e utilização adequada da rede de Saúde Mental do

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.15, p.73-93, 2015

Município, bem como dos recursos terapêuticos disponíveis. O Protocolo originou-se a partir da observação da necessidade de se estabelecer políticas que pudessem garantir o acesso equitativo aos recursos existentes e a ampliação das ações de saúde que estivessem ao alcance da população em sofrimento mental. O objetivo deste documento é de identificar necessidades, demandas e serviços; definir ações de prevenção, assistência e reabilitação em saúde mental; definir competências dos serviços e organizar a rede de atendimentos (PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2010).

Participaram da elaboração deste documento representantes dos diversos serviços que participam direta ou indiretamente da rede de atenção em saúde mental, representantes das diversas categorias profissionais e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Os trabalhos foram baseados em recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) ficando livre para as adaptações e necessidades da realidade local.

2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

2.1 Diretrizes gerais sobre saúde mental

O relatório sobre a Saúde no mundo: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança (2001), parte da premissa de que a saúde mental é imprescindível para promoção do bem-estar geral dos indivíduos, e entende que os transtornos mentais são ocasionados por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nesta descrição introdutória, mesmo que simplista, observa-se e preservação da lógica dos princípios da Reforma Psiquiátrica. A descrição dispensa grande parte das discussões, associando os transtornos mentais há um substrato cerebral, descrevendo os avanços nas pesquisas em neurociências e diretamente associando a efetividade dos tratamentos a elas. Trata os avanços das pesquisas em neurociências, como se estas fossem gerar o único e principal modo de intervenção e tratamento aos transtornos mentais, mesmo considerando que estes transtornos estão associados não somente há fatores biológicos, mas também psicológicos e sociais.

O documento faz uma descrição aprofundada dos avanços nas pesquisas em saúde mental e entre elas cita o progresso da medicina do comportamento, que descreve alguns exemplos de boas condutas para a saúde em geral: comer com sensatez, praticar exercícios regularmente, dormir adequadamente, evitar o fumo, adotar práticas sexuais sadias, usar cinto de segurança em veículos e seguir a risca o tratamento médico.

O que seria então comer com sensatez em países de tamanha desigualdade social, como no caso do Brasil? Ou dormir adequadamente, existe uma norma que regulamenta isso? Quanto é dormir regularmente, 5hs, 8hs, 10hs? E práticas sexuais sadias, o que isso significa? Usar cinto de segurança em veículos é um comportamento que promove saúde ou que previne traumas maiores em acidentes de trânsito? O que significa dizer seguir à risca o tratamento médico, que os medicamentos devem ser tomados diariamente? Ou que as pessoas não têm o direito de reconsiderar a proposta de tratamento médico e buscar alternativas? Se estes são os avanços considerados importantes no campo da medicina do comportamento, e descritos em um documento que servirá de apoio às novas ações em saúde, realmente não poderemos esperar avanços nas estratégias de cuidado, visto que o comportamento saudável é colocado em posição de norma e condição para uma saúde mental saudável.

A descrição de transtornos mentais e comportamentais está diretamente embasada na ideia de norma e do normal, como citado no Relatório de Saúde no mundo (2001, p.18) “Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, sendo antes de tudo fenômenos claramente anormais ou patológicos”. Destaca ainda, que as variações culturais normais devem ser consideradas, pois, crenças sociais, religiosas ou políticas não devem ser tomadas como indicadores de distúrbios mentais.

O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) reafirma os princípios da Reforma Psiquiátrica, mas reconhece que mesmo após avanços importantes, existem lacunas e grandes desafios a serem enfrentados. Esta conferência atesta a veracidade do campo da saúde mental como multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e ocupa um lugar no campo da saúde de forma que tenta se aproximar de outros campos

de interesse como, a educação, justiça, trabalho, economia, habitação, cultura, lazer, esporte, etc. Observamos progressos, ao menos no campo teórico, passados nove anos da apresentação do relatório sobre Saúde no mundo: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança.

O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) descreve algumas diretrizes importantes que irão regular e guiar as ações de gestores e profissionais no campo da saúde mental que são de suma importância e tem implicações diretas no manejo e cuidado dos indivíduos em sofrimento mental. Quando o relatório se refere a organização e consolidação da rede de atenção, sugere a ampliação e acessibilidade aos serviços de saúde mental por meio de equipes interdisciplinares que promovam ações de atenção psicossocial, abrindo espaços para o diálogo com outros profissionais da área da saúde ou de outras áreas que possam fortalecer a rede.

O relatório aponta ainda, para a importância de políticas públicas que garantam a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial centradas nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e da Reforma Psiquiátrica, de forma a estimular a criação de redes que correspondam às necessidades reais, respeitando a singularidade e subjetividade dos indivíduos em sofrimento mental estimulando mecanismos de autogerenciamento (IV CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 2010). Neste sentido quando descreve sobre as práticas clínicas e estratégias de cuidado aos indivíduos em sofrimento mental orienta a regulamentação dos centros de convivência e cooperativas como formas de serviços substitutivos em saúde mental, a ampliação e fortalecimento dos serviços de terapias complementares, da fitoterapia, terapias comunitárias, enfatiza e apoia as oficinas terapêuticas, rodas de conversa, grupos de dança e arte-terapia. Orienta para criação de estratégias de cuidado que modifiquem o uso contínuo e indiscriminado de medicamentos, que fortaleçam os espaços para escuta e valorizem as potencialidades dos usuários, introduzindo metodologias específicas para os trabalhos de grupo, terapias de empoderamento, psicoeducação, orientação sobre o uso de medicamentos, discussão sobre os casos e projetos terapêuticos integrando os saberes de outros profissionais e do próprio usuário, valorizando sempre a autonomia e a autoestima do usuário.

Constatamos que o texto do relatório da conferência, mesmo sendo este realizado em curto período de tempo e sem a participação organizada e estruturada nas etapas municipais e estaduais, apresenta discussões sobre a temática das estratégias de cuidado ao indivíduo em sofrimento mental, de forma mais complexa e menos reducionista, quando comparadas ao Relatório de Saúde no mundo. Estas discussões abrem espaços para profissionais de diversas áreas, e para os usuários transitarem e criarem formas de cuidado onde os protagonistas não sejam somente os profissionais médicos e os medicamentos antidepressivos e o saber biomédico, mas sim, os vários profissionais, outros saberes e práticas que estimulem as potencialidades humanas.

O Protocolo de Atenção em Saúde Mental de Florianópolis finalizado no ano de 2010 atende a recomendação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial e traz uma série de orientações que deverão ser seguidas pelos profissionais que atuam na área de saúde mental no município de Florianópolis. Tais recomendações vão desde o reconhecimento da rede de atenção primária, até protocolos de atendimento para os vários transtornos mentais. Neste caso, minha atenção se voltou para as orientações sobre o diagnóstico e estratégias de cuidado a indivíduos com depressão.

Introdutoriamente o documento enfatiza que as ações em saúde mental devem ser focadas na promoção da saúde, valorizando a participação popular, a autonomia das pessoas em gerirem sua própria vida estimulando o protagonismo social dos usuários. Entre as iniciativas de promoção da saúde destaca atividades de educação, de organização familiar e social (PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE FLORIANÓPOLIS, 2010). Observamos que os pressupostos teóricos estão em consonância com a Reforma Psiquiátrica elevando a condição das pessoas em sofrimento mental não somente como usuárias de um sistema de saúde, mas de agentes deste sistema. A partir disso poderíamos supor formas mais elaboradas e menos simplistas de diagnósticos e estratégias de tratamento menos medicamentosas e mais propulsoras do desenvolvimento das pessoas.

No entanto, no capítulo que discute sobre os transtornos depressivos encontramos a seguinte definição,

“depressão é uma alteração patológica, persistente e inadequada, do humor; é resultante da combinação de fatores ambientais (como álcool e ritmos biológicos) e individuais (como os relacionamentos e de personalidade), que desencadeiam a doença em indivíduos biologicamente vulneráveis” (PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2010, p.69)

Assume-se aqui que a depressão é uma doença podendo assim ser localizada no corpo. Neste contexto, desvaloriza as condições sociais e culturais a medida que considera somente o álcool, ritmos biológicos e problemas de relacionamento, pressupondo ainda a existência de certa fragilidade biológica em algumas pessoas que as leva a ficarem depressivas.

2.2 Métodos de avaliação e diagnóstico da depressão

O Relatório de Saúde Mental no mundo orienta que as formas de diagnósticos mais confiáveis e que devem ser utilizadas pelos profissionais médicos são as dos critérios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Muitas são as discussões e estudos sobre as limitações da utilização destes manuais como forma direta e exclusiva para os diagnósticos dos transtornos mentais e principalmente no caso da depressão, onde facilmente os sintomas são confundidos com as muitas situações adversas que fazem parte de nossa vida (DANTAS, 2009; GUARIDO, 2007) É importante lembrarmos que estas são as formas de diagnósticos validadas e aceitas pela OMS e OPAS, que irão orientar os profissionais nas suas práticas em saúde mental. Interessante destacar que introdutoriamente o documento valida os conhecimentos na área social e no campo da psicologia, mas não consegue incorporar estes conhecimentos nas práticas de diagnósticos e nas estratégias de cuidado propostas.

Outra forma de diagnóstico sugerida é por meio dos critérios de diagnóstico do CID-10, porém com uma ressalva, de que estes sintomas devem estar presentes na maior parte do dia pelo menos durante duas semanas para que se caracterize um episódio depressivo. Outros dados sugeridos para facilitar o diagnóstico são: histórico familiar de depressão,

episódios passados e se já teve benefício com o uso de algum antidepressivo. Um método de diagnóstico chamado de diferencial é descrito no documento, mas parece ser uma forma de complementar os métodos clássicos. Para tanto, ressalta a diferença entre um episódio depressivo e uma tristeza “normal” utilizando-se de dois critérios: 1) incapacidade de sentir prazer ou alegria; 2) pensamento de culpa/desvalia e visão negativa dos acontecimentos.

A restrição sobre a questão tempo de permanência dos sintomas e o diagnóstico diferencial, aparentemente parece abrir caminhos para uma forma de avaliação mais reflexiva e menos diretiva. No entanto o que realmente vemos é uma tentativa que ainda não atende a demanda e não supre a necessidade de abordagens mais humanizadas onde a história do indivíduo possa conduzir o profissional para a tomada de decisão sobre o seu diagnóstico.

Segundo o relatório de Saúde Mental (2001, p.18), “toda classificação de transtornos mentais classifica síndromes e condições, mas não os indivíduos”. Em seguida descreve:

“Graças a esquemas estruturados de entrevistas, definições uniformes de sinais e sintomas e critérios padronizados de diagnóstico, é possível hoje em dia atingir alto grau de fiabilidade e validade no diagnóstico de transtornos mentais. Os esquemas estruturados e as listas de verificação de sinais e sintomas permitem aos profissionais de saúde mental levantar informações usando perguntas padronizadas e respostas codificadas. Os sinais e sintomas foram definidos detalhadamente para permitir uma aplicação uniforme. Finalmente, os critérios de diagnóstico para transtornos mentais foram padronizados internacionalmente. Atualmente, é possível diagnosticar transtornos mentais de forma tão fiável e precisa como a maioria dos transtornos físicos comuns” (2001, p.19).

Expressões como “definições uniformes”, “critérios padronizados de diagnóstico”, “listas de verificação de sinais e sintomas”, “respostas codificadas”, “aplicação uniforme”, não conseguirão dar conta de questões que estão além da almejada “normalidade”. Será possível criar medidas e estratégias de cuidado na perspectiva de promoção de bem-estar, como citado na introdução deste documento, se partimos do princípio de que os transtornos mentais são fundamentalmente biológicos, e que o principal método de

diagnóstico tem basicamente a função de classificar os indivíduos não a partir da sua singularidade, mas sim a partir da norma? Diante dessas questões fundamentais podemos esperar quais tipos de estratégias e formas de tratamentos de cuidado a saúde dos indivíduos em sofrimento mental?

Qual a necessidade de reduzir a experiência dos indivíduos a uma nosologia específica, onde os problemas não são hipotéticas disfunções neuroquímicas, mas sim o cotidiano dos mesmos que se traduz em uma microrepresentação da realidade social de exclusão, violência e sofrimento (MATÍN *et al*, 2006). Em nenhum momento, o texto apresentado faz menção a importância de considerar e incorporar os processos individuais, subjetivos e singulares dos indivíduos em sofrimento mental no contexto do diagnóstico.

O documento assinala que fatores psicológicos e sociais são relevantes no processo de adoecimento, mas não observamos ênfase no desenvolvimento desta temática no texto. Como vemos estes fatores não são apresentados como relevantes para um método de diagnóstico mais ampliado e para criação de outras formas de tratamento. Ainda na mesma lógica, observamos que, o Protocolo de Atenção em Saúde segue a mesma lógica reducionista, pois sugere que a avaliação e abordagem de indivíduos considerados de alto risco, ou seja, aqueles com histórico de depressão, com doenças que provoquem alguma debilidade ou outras doenças mentais, devem ser submetidos a um teste de apenas duas perguntas, são elas: 1) durante o último mês, você se sentiu frequentemente incomodado por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança? 2) Durante o último mês, você se sentiu frequentemente incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas? Neste caso, duas perguntas podem fazer a diferença na classificação entre ser ou não depressivo. Claramente uma forma reducionista e extremamente objetiva de avaliação que resume a complexidade das relações de uma vida.

2.3 Prescrição de medicamentos antidepressivos e outras estratégias de cuidado e tratamento.

Especificamente para os indivíduos com diagnóstico de depressão o tratamento considerado de “primeira linha” para a maioria dos indivíduos é a medicação antidepressiva, psicoterapia ou uma combinação das duas. As

psicoterapias indicadas segundo o Relatório de Saúde no mundo (2001) são: terapia do comportamento (mencionada acima), terapia cognitiva, terapia interpessoal, técnicas de relaxamento e terapias de apoio (aconselhamento). Estas práticas são facilmente aceitas pelos pacientes, aumentam a satisfação e a concordância do tratamento contribuindo assim para diminuir as taxas de recorrência e a hospitalização.

Observamos neste caso um pequeno avanço no sentido das intervenções que não se resumem a utilização exclusiva de psicofármacos, porém, estas práticas tem o objetivo restrito de facilitar a adesão do indivíduo ao tratamento farmacológico e não de ampliar a rede de cuidados. Na leitura não observamos orientações na tentativa de diminuir e ou substituir o medicamento antidepressivo, mas a psicoterapia aparece como uma alternativa que auxilia na adesão do tratamento por psicofármaco ignorando os possíveis benefícios da prática psicoterápica enquanto terapia principal.

No mesmo documento, Relatório de Saúde no mundo (2001, p.) destaca-se que,

“em última análise, as práticas devem visar a emancipação e usar técnicas de tratamento eficientes, que permitam às pessoas com distúrbios mentais aumentar suas aptidões de autocuidado, incorporando o ambiente social informal da família bem como mecanismos de apoio formais”.

Quando o texto trata da reabilitação psicossocial, descreve como principais objetivos a emancipação do usuário, a redução da discriminação e da estigmatização e o melhoramento da competência social e individual. Porém não orienta ou destaca quais práticas podem ser efetivas neste processo.

O Protocolo de Atenção em Saúde Mental (2010) sugere que para um tratamento eficiente e eficaz deve-se considerar as seguintes questões que devem preceder o início do tratamento: 1) avaliar o risco de suicídio; 2) avaliação da história prévia ou suspeita de episódio maníaco/hipomaníaco, inclusive na família; 3) exclusão da possibilidade de a depressão ser sintoma de outra doença ou de uso de outras substâncias.

A mesma lógica, de causa e efeito, se mantém nas discussões sobre a temática de estratégias de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de depressão que sugerem, em casos de depressão leve, a utilização de terapias de grupo, de auto-ajuda e psicoterapia, não excluindo a possibilidade de uso de

medicamento. Nos casos de depressão moderada a severa os antidepressivos devem ser sempre considerados como primeira opção de tratamento, sendo que pacientes que já tiveram um tratamento bem sucedido no passado devem permanecer com a mesma medicação e caso um remédio não tenha sido eficaz deve-se prescrever um novo antidepressivo. O documento orienta ainda, que pacientes com três ou mais episódios de depressão devem tomar medicação por um longo período de tempo as vezes até durante a vida toda, mesmo após remissão dos sintomas. E por fim, considera que a modulação da dosagem do medicamento deve ser aliada a medidas não farmacológicas e os profissionais devem disponibilizar outras estratégias para este fim.

O cuidado à saúde do indivíduo com sofrimento mental deve ser entendido de forma globalizada, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, as estratégias de cuidado não devem se limitar ao uso exclusivo de psicofármacos (McINTYRE *et al*, 2002; SOUZA, 1999). Mas infelizmente não vemos nenhuma lista de estratégias que sejam dedicadas a retirar o usuário da condição de paciente/doente e colocá-lo na condição de empoderamento estimulando suas potencialidades humanas e de auto regulação, como observamos no Protocolo de Atenção em Saúde Mental (2010) do município de Florianópolis que descreve apenas as estratégias medicamentosas disponíveis no SUS.

Ao examinarmos o documento citado percebemos claramente a ênfase para as estratégias medicamentosas, fato que não é percebido para outras formas de cuidado. Apesar de o discurso inicial demonstrar preocupação com relação a promoção da saúde e protagonismo do usuário, não podemos constatar avanços nesta área quando examinamos as estratégias de cuidado ou formas de tratamento que basicamente referem-se ao uso de medicamento como primeira opção seguindo a lógica do normal e do patológico onde a assistência a saúde, é basicamente associada a nosologia e disfunções neuroquímica em um campo estritamente terapêutico.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De 2001 até 2010, de acordo com os documentos analisados neste artigo, alguns avanços teóricos foram tecidos sobre a temática da saúde

mental. Mas ao avaliarmos a progressão, na prática ainda vemos grandes lacunas e tímidos progressos. As discussões foram ampliadas, as políticas reformuladas e mesmo assim estamos estagnados em termos de pesquisa e prática sobre estratégias mais ampliadas e métodos de tratamento e cuidado às pessoas com diagnóstico de depressão. Faltam recursos para tais finalidades, maior empenho dos gestores de saúde nas várias esferas, deve-se reavaliar a formação dos profissionais atuantes neste campo de forma a ampliar o pensar sobre a depressão. Evidentemente não estamos falando aqui de substituir as formas já existentes de tratamento, como o medicamentoso, mas sim de resignificar o discurso dos indivíduos em sofrimento mental e dar credibilidade a suas histórias. A crítica se desenvolve no sentido de não nos acomodarmos enquanto facilitadores e gestores destas ações, de criarmos espaços de escuta, de possibilitar que estas pessoas tenham a possibilidade de recriar suas próprias identidades sociais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. *Resumo. In Anais do Segundo Encontro Mundial. Estados Gerais da Psicanálise*. Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea. Rio de Janeiro, 2003. 15 p.

BARONIL, Daiana Paula Milani e FONTANALL, Livia Maria. *Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis*, Santa Catarina. 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2010. 152 p.

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: *15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

DANTAS, Jurema Barros. *Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade*. *Fractal: Revista de Psicologia*. São Paulo, v.21, n. 03, 2009.

DELGADO, Paulo. Humanismo, ciência e democracia. *Os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico*. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, 2009. V. 1, N. 1.

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

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

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

HORWITZ, Allan V. e WAKEFIELD, Jerome C. *A tristeza perdida. Como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. São Paulo: Summus, 2012.

KRAEPELIN, Emil. As formas de manifestação da insanidade. *Revista Latino Americana de Psicopatología*. São Paulo, v.12, n.01, 2009.

MARTÍN, Correa Urquiza. et al. La evidencia social del sufrimento. *Salud mental, políticas globales y narrativas locales*. Revistes Catalanes amb Accés Obert. Espanha, n. 22, 2006.

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

MORAES, Helena et al. *O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática*. Revista de Psiquiatria, RS. N. 29, p. 70-79, 2007.

PESSOTTI, Isaias. *O Século dos manicômios*. Editora 34. São Paulo, 1996. p. 304.

Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Ministério da Saúde, *Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde*. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorio/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: nov. 2011.

Relatório sobre Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Ministério da Saúde. Suíça: Organização Mundial da Saúde*, 2001. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>>. Acesso em nov. 2011.

ROMEIRO, Luiz Antônio Soares. FRAGA, Carlos Alberto Manssour. BARREIRO, Eliezer J. *Novas Estratégias terapêuticas para o tratamento da*

depressão: uma visão química medicinal. Química Nova, V. 26 N. 3 p. 347-358, 2003.

World Health Organization – WHO. Organização Mundial da Saúde. *Programas e projetos sobre transtorno mentais*. Disponível em <<http://www.who.int/countries/bra/en/>> acessado em julho de 2010>. Acesso em: nov. 2011.