



SAÚDE MENTAL, DEPRESSÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MENTAL HEALTH, DEPRESSION AND PRIMARY CARE: AN EXPERIENCE REPORT OF A FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENT

João Paulo Barreto Borges Coroa ¹

Manuscrito recebido em: 26 de março de 2021.

Aprovado em: 18 de outubro de 2021.

Publicado em: 03 de março de 2022.

Resumo

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo relatar e resgatar a experiência vivida ao longo do primeiro ano de residência, a partir do método de relato de experiência. **Método:** Trazendo reflexões acerca das vivências durante o processo de cuidado de uma mulher, preta, em um processo de episódio depressivo maior, em uma unidade de saúde da família em Camaçari – Bahia. **Resultados:** Podendo assim refletir sobre o poder do vínculo e ferramentas como o método clínico centrado na pessoa na prática da clínica ampliada. **Conclusão:** Esta experiência teve o poder de transformar minha prática clínica herdada da academia e trazendo novas óticas sobre a relação médico-paciente e o processo terapêutico na realidade da Medicina de Família e Comunidade.

Palavras chave: Saúde da Família; Medicina de Família e Comunidade; Saúde Mental; Depressão; Relações Médico-Paciente.

Abstract

Objective: The present work aims to report and rescue the experience lived during the first year of residency, using the experience report method. **Method:** Bringing reflections about the experiences during the care process of a black woman, in a process of major depressive episode, in a family health unit in Camaçari - Bahia. **Results:** Being able to reflect on the power of the bond and tools such as the clinical method centered on the person in the practice of the expanded clinic. **Conclusion:** This experience had the power to transform my clinical practice inherited from the academy and bringing new perspectives on the doctor-patient relationship and the therapeutic process in the reality of Family Medicine and Counseling.

Keywords: Family Health; Family and Community Medicine; Mental health; Depression; Doctor-Patient Relations.

¹ Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal Saúde da Família. Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0143-4989>
E-mail: joaopaulobborges@gmail.com



RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Relato de Experiência (RE) está compreendido como um trabalho de linguagem, uma construção que não objetiva propor a última palavra, mas que tem caráter de síntese provisória, aberta à análise e à permanente produção de saberes novos e transversais. Configura-se como narrativa que, simultaneamente, circunscreve experiência, lugar de fala e seu tempo histórico, tudo isso articulado a um robusto arcabouço teórico, legitimador da experiência enquanto fenômeno científico¹.

A construção documental de um relato de experiência implica, a priori, que seu(s) autor, seja sujeito participante do contexto da vida real em estudo. O RE não é previamente pensado como uma pesquisa, ele é efeito de significação, por isso não pode prescindir da participação ativa do(s) autor(es) do projeto que faz parte do requisito¹. A partir da experiência do processo terapêutico de uma mulher, usuária da Unidade de Saúde da Família em Camaçari -BA, com quadro de episódio depressivo maior, tema que já desde a graduação já interessava muito o autor, foi realizado este relato de experiência. Este, médico recém formado, no seu primeiro ano de residência em medicina de família e comunidade da Fundação Estatal Saúde da Família – SUS.

A experiência relatada neste trabalho teve o poder de transformar e ressignificar alguns pontos na prática clínica do autor. Ao estar defronte a um caso que para alguns pode parecer simples, mas que, para este autor, significou muitas mudanças, entendimentos de significados e teorias que perpassam o MCCP até o sofrimento e humilhação social vivenciadas pela população adscrita da USF. O autor, então, pôde entender que houve a consolidação não somente de um método de prática clínica centrada na pessoa, entendimento e formação de vínculo na sua forma mais pura e real, mas, também, percepção de processos como racismo (seja ele estrutural ou escancarado), humilhação social, desigualdade social entre outros fatores, influenciam e atravessam os indivíduos, produzindo sofrimento. Como cita Gonçalves Filho:



Estes fatos externo-internos caracterizam assiduamente a psicologia do oprimido: desencadeiam afets vertiginosos, “despencadores”, afets sem nome – como qualificá-los? um susto? o medo? O pavor? Tristeza? Ódio? Culpa? Solidão? As formas deste desencadeamento podem variar: são lágrimas, o emudecimento, o endurecimento, o protesto confuso, a ação violenta...”².

Antes de iniciar o relato desta experiência, gostaria de trazer algumas reflexões sobre o que considero como “Experiência” neste trabalho. Bondía³ traz que, para além de uma vivência, que lhe forneça informação ou conhecimento, a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Ela perpassa pelo sujeito. O sujeito da experiência tem algo desse ser fascinante que se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião. O sujeito da experiência, é um sujeito alcançado, tombado, derrubado. Não um sujeito que permanece sempre em pé, ereto, erguido e seguro de si mesmo; não um sujeito que alcança aquilo que se propõe ou que se apodera daquilo que quer; não um sujeito definido por seus sucessos ou por seus poderes, mas um sujeito que perde seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência dele se apodera. Em contrapartida, o sujeito da experiência é também um sujeito sofredor, padecente, receptivo, aceitante, interpelado, submetido. Seu contrário, o sujeito incapaz de experiência, seria um sujeito firme, forte, impávido, inatingível, erguido, anestesiado, apático, autodeterminado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade³.

Neste relato de experiência, trago o caso do processo terapêutico de Dona Noêmia (nome fictício), que ocorreu no ano de 2019, em uma unidade de saúde da família de Camaçari, região metropolitana de Salvador - BA. Este processo envolveu diversos atores, como a enfermeira, agente comunitária de saúde, bem como o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém a experiência a ser relatada foi a minha experiência como Médico de Família e Comunidade.

Dona Noêmia*, mulher, 47 anos, preta, natural de Alagoinhas - Ba e procedente de Camaçari - Ba. Com história de hipertensão, em uso de Enalapril 20mg e Hidroclorotiazida 25mg, além de passado de AVCi (Acidente vascular cerebral isquêmico) há 04 anos, sem sequelas aparentes nos dias de hoje ou apontadas pela mesma. Ela chega ao acolhimento trazendo como queixa principal insônia com piora recente, após o falecimento do irmão. Ela dizia que a insônia lhe trazia muito sofrimento, pois passava os dias cansada. Isso lhe gerava irritabilidade e



“trazia pensamentos ruins”. Nesse primeiro momento ela negou qualquer sintoma de tristeza ou angústia. Dizia já fazer uso de *chá da folha do maracujá* para dormir, mas que há algum tempo não surtia mais o efeito desejado. Como a paciente era moradora na rua adscrita a minha equipe, foi realizado o acesso avançado (um formato de organização de agenda em unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde) garantindo para ela uma escuta qualificada naquele mesmo dia. Durante a conversa, ela revelou que além da insônia, também possuía “pedra no rim” a direita, medindo cerca de 0,6 cm, mas que já fazia acompanhamento com urologista, e tinha programação de realização de Litotripsia Extracorpórea breve. Ela trouxe também que estava com leve dor em joelho esquerdo, que estava incomodando, e que este já era um problema antigo. A paciente mostrou um eletrocardiograma (ECG), realizado há cinco meses, sem alterações dignas de nota.

Após a realização do exame físico, foi pactuado com a mesma que iniciáramos um tratamento para insônia, que consistiu em realizar a higiene do sono associado ao uso de Amitriptilina 25mg à noite. Foi também instruído alguns exercícios para fortalecimento da musculatura dos joelhos, com intuito de amenizar as dores relatadas. Além da retirada da hidroclorotiazida, devido ao monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) realizado meses antes evidenciando médias pressóricas de 90x60mmHg. Nesse primeiro encontro, foi realizada uma consulta, com intuito de criar o vínculo de dona Noêmia* comigo e com a unidade de saúde. Vínculo esse que deve ser considerado como um fator imprescindível à terapêutica que for utilizada. Ela saiu dizendo estar mais aliviada e satisfeita com aquele momento. Foi marcado retorno com quinze dias para uma nova consulta. Ela não compareceu.

Cerca de dois meses após este primeiro encontro, dona Noêmia* chega chorosa ao acolhimento. Disse que a amitriptilina não lhe faz mais o efeito desejado (sono). Foi então realizado o acesso avançado com esta paciente. Durante a consulta, a mesma revela que nos últimos 1 ano e meio perdeu a mãe e dois irmãos muito importantes na sua vida. Ela, então, resolveu revelar que, neste mesmo período, começou a apresentar humor deprimido, anedonia (perda da experimentação prazerosa ou capacidade de sentir prazer), inapetência, irritabilidade e choro fácil, além da insônia já relatada, que a fazia passar dias sem dormir e que para



ela era o pior sintoma no momento. Disse que estava sendo difícil lidar com os filhos e o marido, que as relações estavam se complicando e degradingando. E que somado a isso tudo tinha perdido o gosto de viver. Quando questionada sobre intenção ou ideação suicida a mesma reluta, mas nega. Momentos de silêncio se seguiram... Tempos depois, dona Noêmia*, aos prantos, revelou que sim, este pensamento tem surgido, com cada vez mais frequência, e que tinha vergonha de sentir isso.

Este geralmente é um momento delicado em qualquer consulta. Um momento no qual devemos tentar, ao máximo, acolher a pessoa com empatia em relação ao seu sofrimento. Durante toda consulta, que neste dia durou cerca de 60 minutos, foi conversado com dona Noêmia* sobre estes sentimentos, suas possíveis origens, como ela enxergava este processo, como ela se enxergava no mundo. O vínculo criado neste momento foi de suma importância para qualquer que seja a terapêutica adotada. Neste caso, era inegável que as reações de luto que se estabeleceram em resposta a perda dos entes queridos se entranhou em meio a um emaranhado de pensamentos negativos, tristeza e angústia, num ciclo sem fim, muitas vezes insuportáveis ao indivíduo.

O quadro que foi relatado até agora é compatível com o diagnóstico de episódio depressivo maior. Não é preciso muito esforço para perceber a presença do sofrimento no âmbito da ESF em função da quantidade e complexidade das situações de sofrimento que recebem todos os dias os profissionais destes centros de saúde (CS). Quando se provoca certos profissionais de saúde sobre temas relacionados ao sofrimento, é comum ouvir frases de apoio à investigação porque, rapidamente, lembram-se de muitas situações recentes e marcantes e da angústia que lhes causava. Recordam-se das situações mais comuns que chegavam ao CS “É assim, briga com o marido ou com a esposa, problemas de relacionamento com filhos, dificuldades no trabalho...”, ou “vivem numa condição muito difícil, pouco dinheiro, sem trabalho, problemas de drogas, álcool...⁴ A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral; estima-se que acometa 3% a 5% desta. Nos últimos anos, tem sido observado um aumento no número de casos de depressão diagnosticados no mundo. Esta condição foi estimada como a quarta causa específica de incapacitação nos anos 90. A previsão para o ano 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento⁵. Ao final



da consulta, foi pactuado mutuamente que iniciariamos o seu tratamento. Foi conversado com dona Noêmia* sobre o que é esse diagnóstico, sobre o estigma que ainda há hoje em dia quando se trata da nossa saúde mental e da importância de procurar ajuda. Evidenciando a todo momento o vínculo como parte da proposta terapêutica e a certeza de que, naquele espaço, ela poderia se sentir segura e acolhida por toda a equipe. Por opção da paciente, sua família não foi incluída na terapêutica neste momento. Após acionar o NASF e apresentar a paciente à psicóloga que iria acompanhar o caso, iniciamos a conversa sobre a terapêutica utilizada. Foi realizado o Genograma (que consiste em retratos gráficos da história e do padrão familiar, que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família) da família de dona Noêmia* para podermos entender melhor a sua dinâmica familiar. O caso também foi discutido em reunião de equipe. Por fim, optamos por iniciar terapêutica medicamentosa e, por motivos de facilidade de ser encontrada, seus efeitos hipnóticos e por já ser de conhecimento da paciente, foi mantida a Amitriptilina.

Este é um fármaco que se enquadra dentro do grupo dos antidepressivos tricíclicos. Estes parecem produzir modificações em vários sistemas neuronais, adquirindo grande importância a interação dos sistemas catecolaminérgicos e serotoninérgicos, inibindo sua recaptação pela bomba de membrana neuronal pré-sináptica⁶. Iniciado com Amitriptilina 50mg a noite, com planejamento para aumento de dose no retorno com quinze dias, após reavaliação- (a dose poderia ser aumentada em 25mg a cada três dias e conforme tolerância do paciente). Foi feita uma tentativa de acompanhamento regular com a equipe do NASF, entretanto, a grande demanda pelo serviço impediu que ocorresse encontros regulares, desta forma o acompanhamento não ocorreu como planejado. Deve-se manter o olhar atento e vigo para que o sistema de saúde esteja preparado para a realização de um cuidado integral a este indivíduo, evitando assim a cronificação do quadro depressivo e a superutilização dos serviços de saúde⁷. Devido ao grande incômodo relatado pela paciente em relação a insônia intensa, foi também introduzido clonazepam 0,5mg à noite, inicialmente por quinze dias. Podendo se estender para mais quinze. Evidenciando junto a dona Noêmia* que esta era uma medicação para suporte momentâneo, sem intenção alguma de prolongar o seu uso além do recomendado.



A usuária retorna à unidade cerca de 30 dias após o último encontro. Nesta consulta subsequente, dona Noêmia* refere melhora do humor; principalmente, diz que as ideações suicidas diminuíram bastante, ocorrendo somente em momentos de crise ou briga na família. Entretanto, ela trouxe que ainda mantém boa parte dos sintomas relatados anteriormente, principalmente a insônia. Conversado então com a paciente sobre o aumento na dose das medicações utilizadas. Aumentando Amitriptilina para 75mg e mantendo o clonazepam em 0,5mg a noite, com uso regular nos próximos sete dias. Desta vez, com cerca de sete dias ela retornou ao acolhimento, referindo melhora do humor e que agora está conseguindo dormir melhor. Diz que alguns dos sintomas se mantinham, porém com menos intensidade, como o humor deprimido, inapetência, anedonia. Foi então pactuado para aumentar a posologia da Amitriptilina para 100mg. Mantido clonazepam 0,5mg. Marcado retorno para trinta dias.

Somente quatro meses após a última consulta, a paciente retorna. Ao adentrar a unidade já era facilmente perceptível a melhora do quadro de humor deprimido. Mais animada, ela requereu ser atendida no acolhimento. Neste momento, D. Noêmia, que já não apresentava mais fácies de depressão, revela que está se sentindo bem melhor, como era antes do início do quadro. Nega qualquer queixa referente ao quadro de humor do qual está em tratamento. Refere estar se sentindo bem e que deixou por conta própria de usar o clonazepam 0,5mg, lembrando das conversas que tivemos sobre o seu uso ser temporário e seus riscos do uso prolongado. Trouxe que, recentemente, recebeu a triste notícia do falecimento de um grande amigo. Entretanto, já percebia que o luto que vivia naquele momento era encarado de forma diferente que outrora. A paciente sai da unidade muito agradecida, gerando comoção na equipe, que participou ativamente do seu processo de cuidado longitudinal. A felicidade, simplicidade e verdade dos seus gestos emocionaram os profissionais. O aumento na satisfação da usuária com o atendimento também foi conseguido e, a partir disto, pode-se inferir também o surgimento de um vínculo mais firme e consolidado entre a usuária e o serviço de saúde, facilitando ainda mais o seu processo de cuidado.



Algumas consultas subsequentes foram realizadas até que terminasse o meu primeiro ano na unidade. Todas elas com enfoque na longitudinalidade do seu cuidado, mantendo e fortalecendo o vínculo, que foi parte crucial do processo de cuidado. É idealizado pela Organização Mundial da Saúde que o tratamento farmacológico da depressão seja continuado por cerca e seis meses a um ano após a remissão dos sintomas. A Associação Psiquiátrica Americana sugere, pelo menos, dezesseis a vinte semanas com doses completas após a melhora ou remissão completa. Sabe-se que cerca de 50% e 85% das pessoas sofrendo de um episódio de depressão aguda podem evoluir com um futuro episódio dentro de dois a três anos, se não houver proposta terapêutica⁸. Portanto, o plano para o tratamento de dona Noêmia* seria o desmame da Amitriptilina iniciado cerca de seis meses da data da última consulta e se mantém em andamento até a confecção deste relato. Esse tema foi amplamente conversado com a paciente, que participou ativamente do seu processo de cuidado, juntamente à equipe da saúde da família.

Esta experiência significou muito para a consolidação do meu eu como profissional médico e como indivíduo, ser humano. Mas para além, a experiência resulta na transmutação de saberes, verdades, ações e não ações também. Fala sobre cuidado, vínculo, força. Entender o mundo em que vivemos e os diferentes mundos em que estamos inseridos. Eu, a equipe de saúde e a dona Noêmia. A forma como somos atravessados, diferentemente de acordo com o seu local no mundo, todos os dias, por questões que perpassam o sofrimento, as dores, as alegrias de um indivíduo. Tudo isso transforma o olhar de quem está ali escutando. Entende que o paciente está, naquele momento, dividindo com outrem suas mais profundas reflexões, medos, angústias; como momentos que podem ser terapêuticos e eficientes, ao mesmo tempo não tendo a carga do modelo biomédico, engessado, de pobreza das relações médico – paciente e enfraquecimento da clínica ampliada.

CONCLUSÃO

A partir desta experiência, pode-se estabelecer alguns pontos importantes que atravessaram toda a situação. A importância das ferramentas utilizadas nesta relação médico – paciente se mostra fundamental. A formação do vínculo, a consulta



guiada pelo MCCP, aliada ao método tradicional de terapêutica medicamentosa, obteve êxito, até o momento da confecção deste trabalho. Esse êxito nos leva a refletir como as possibilidades de processos terapêuticos construídos em conjunto com o indivíduo, tendo como norteadoras componentes trazidos por Stewart e colaboradores, devem estar presentes na prática clínica de todos os profissionais de saúde.

Neste relato, pude constatar a o poder de mudança que uma experiência como essa trás na vida dos indivíduos envolvidos. Durante o processo de formação na academia, não nos é ensinado essa forma de lidar abrangente, esse olhar ampliado. Em contato com D. Noêmia, pude entender que o processo terapêutico é muito mais do que somente o encontro eventual em consultório, para renovação de prescrição ou realização de diagnóstico. Hoje enxergo que a criação e consolidação do vínculo constitui uma boa parcela de contribuição para o sucesso de qualquer terapêutica proposta. Quanto mais quando essa terapêutica se propõe a tentar amenizar o sofrimento enfrentado por pessoas que, muitas vezes vivem processos diários de humilhação social. Com realização de Grupos Balint em espaços facilitados pela Residência, pude também dividir experiências com os colegas, trocar ideias e poder enxergar o caso através de outros olhares. Toda essa experiência teve o poder de transformar a minha prática clínica, bem como a minha visão da medicina aplicada ao dia a dia. “O bom médico trata a doença, mas o grande médico trata a pessoa com a doença”, Sir Willian Osler.

REFERÊNCIAS

1. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud. pesqui. psicol.* 2019;19(1):223-237.
2. Gonçalves Filho JM. Humilhação Social - um Problema Político em Psicologia. *Psicologia USP.* 1998;9(2):11-67.
3. Bondía J L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Universidade de Barcelona, Espanha. Traduzido por João Wanderley Geraldi, Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Linguística, 2002.



4. Poli Neto P. Encontros no centro de saúde: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social. Tese Doutorado, UFSC, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.
5. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2003;25(2):114-22.
6. Kessler KA. Tricyclic antidepressants: mode of action and clinical use. In: Lipton MA, DiMascio A, Kilan KF (eds). Psychopharmacology: a generation of progress. New York: Raven Press; 1978. p.1289-1302.
7. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, Silva RA, Pinheiro RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Revista Psiquiatria Clínica. 2012;39(6):194-7.
8. Souza FGM. Tratamento da Depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria. 1999;21(s.1).