



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Cunha Lima da Motta, Cibele; Ojeda Ocampo Moré, Carmen Leontina; Sancinetto da Silva
Nunes, Carlos Henrique

O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 3, março, 2017, pp. 911-920

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050018024>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica

Psychological assistance provided to patients diagnosed with depression in primary care

Cibele Cunha Lima da Motta¹

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré¹

Carlos Henrique Sancinetto da Silva Nunes¹

Abstract *The scope of this research was to understand the assistance provided by psychologists to patients diagnosed with depression in the municipal health care network. In this study, the phenomenon is examined from its broader perspective, taking the psychosocial dimensions of health into account. A group of 22 psychologists participated in this study of a qualitative nature. Data collection began with participant in-field observation of the institutional context followed by semi-structured interviews. Grounded theory methodology was used to analyze information, thereby facilitating its integration and categorization. The results revealed that in the primary care network the treatment of depression is essentially restricted to its biological aspect; the choice of individual psychotherapy as the main form of treatment refers to traditional practices of psychological care for depression; the use of institutional and community methods as part of the therapeutic approach suggests mental health interventions that address the psychosocial dimension. The findings indicate that transcending the traditional models of care for patients with depression and the construction of forms of treatment using psychosocial resources are ongoing, indicating that comprehensive care needs to be further consolidated in primary care.*

Key words *Psychologists, Depression, Mental health, Primary care*

Resumo *O objetivo da pesquisa foi compreender a prática dos psicólogos para atendimento a pacientes com diagnóstico de depressão em rede municipal de saúde. No estudo, o fenômeno é entendido com base na compreensão ampliada e universal, observadas as dimensões psicosociais da saúde. O estudo, de natureza qualitativa, contou com a participação de 22 psicólogos. A coleta de dados iniciou com a observação participante de campo do contexto institucional, seguida da entrevista semiestruturada. O método da “Grounded Theory” foi usado na análise das informações facultando integrá-las e categorizá-las. Os resultados demonstraram que o atendimento na rede de Atenção Básica delimita o tratamento de quadros depressivos sob a perspectiva sobretudo biológica; a eleição da psicoterapia individual como principal forma de atendimento remete a práticas tradicionais de atenção aos quadros de depressão; o uso dos dispositivos institucionais e comunitários como parte do projeto terapêutico aponta para ações em saúde mental que contemplam a dimensão psicosocial. Os resultados revelam que a superação dos modelos tradicionais de atendimento à depressão e a construção de formas de atenção que utilizem recursos psicosociais ainda estão em curso, evidenciando que a atenção integral precisa ser mais bem consolidada na Atenção Básica.*

Palavras-chave *Psicólogos, Depressão, Saúde mental, Atenção básica*

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade/Sala 10B, Trindade. 88040-970 Florianópolis SC Brasil. mottacibele@gmail.com

Introdução

Este estudo parte da compreensão ampliada da depressão, a qual congrega um conjunto de sinais e sintomas reconhecidos como constitutivos dos estados depressivos, que variam em intensidade sobre os efeitos no indivíduo. Tal compreensão se baseia nas dimensões biológica e psicossocial, as quais se influenciam recursivamente. Considerada um dos principais e mais correntes problemas de saúde mental, com taxas de prevalência que alcançam até 20% da população mundial, a depressão impacta o meio social de tal modo, que é julgada a segunda patologia a causar mais prejuízo na esfera econômico-social; no campo da saúde, a carga de comorbidade dos quadros depressivos afeta doenças crônicas, dificultando o tratamento.

Ao se considerar esse cenário, o atendimento à depressão é apontado como desafio para a área da saúde pública. O plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020 da OMS¹ consolida a concepção de que o atendimento à saúde mental deve ser feito em centros comunitários de atenção à saúde.

Há uma década, o Brasil incorporou a atenção à saúde mental às ações da Atenção Básica – AB²⁻⁴, garantindo panorama favorável ao atendimento aos quadros depressivos, pois possibilitou mais acesso ao tratamento do usuário com depressão. Atualmente, a demanda por atendimento à depressão corresponde a 23,9% dos usuários na rede básica de atenção à saúde, caracterizando-se como predominante no atendimento em saúde mental na rede pública⁵.

Na Atenção Básica, o atendimento à depressão é sustentado por um conjunto de políticas que possibilita construir modelo de atenção que visa ao atendimento integral do usuário. Nesse sentido, os aspectos socioculturais do adoecimento ganham impulso e os cuidados em saúde retomam perspectivas contextuais e institucionais, de forma que a dimensão psicossocial possa ser reconhecida na construção dos processos de saúde e doença⁶. Nessa linha de raciocínio, os processos de intervenção dos profissionais exigem atuação em concepção ampliada, interagindo com os diferentes campos do conhecimento no desenvolvimento do projeto terapêutico⁷.

Nesse quadro, o trabalho do psicólogo se pauta em conceitos norteadores do contexto institucional, como o de clínica ampliada e compartilhada⁸, e em diretrizes de inclusão das ações em saúde mental³ na Atenção Básica, esta desenvolvida a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Assim, o psicólogo deve atuar em perspectiva generalista na atenção curativa e desenvolver atividades de prevenção e promoção de saúde com foco na família e na comunidade⁹. Tal estrutura institucional se articula com a prática dos psicólogos no atendimento clínico em saúde mental, cujos processos de intervenção ocorrem mediante escuta sensível da demanda¹⁰, considerando as circunstâncias que a constituem para a elaboração de projetos terapêuticos que possibilitem o cuidado integral do usuário diagnosticado com depressão.

As dimensões psicossocial e comunitária do atendimento psicológico são realizadas por meio do conjunto de ações técnico-assistenciais que sustenta as práticas dos profissionais. A psicoterapia, tanto individual como grupal, é instrumento que, reconhecidamente, representa essas práticas. Para tratar a depressão, a psicoterapia individual é amplamente recomendada por agências nacionais e internacionais de saúde^{11,12} e possui eficácia reconhecida em distintas abordagens teóricas¹³. Para Ferreira Neto e Kind¹⁴, o atendimento individualizado possibilita atenção personalizada e direcionada, mas ao mesmo tempo foca no processo patológico. Já o atendimento em grupo configura estratégia terapêutica priorizada nas ações em saúde mental¹⁵. O potencial dessa forma de intervenção se apoia no fortalecimento ou na construção de redes sociais, o que constitui fator de saúde¹⁴. Quanto ao tratamento da depressão, a psicoterapia em grupo é julgada mecanismo tão eficaz quanto o atendimento individual¹³, sendo também recomendada por organismos de saúde^{11,16}. O atendimento psicológico à depressão contempla ainda ações psicoeducacionais em busca da construção de processo de autonomia do usuário de saúde diagnosticado com depressão por meio da informação^{17,18}.

Esses recursos, em conjunto com as políticas de atenção à saúde mental, representam as ferramentas que permitem ao profissional de Psicologia atender o paciente com depressão a partir de perspectiva psicossocial, a qual contribui para o atendimento integral ao usuário, buscando a superação de modelos tradicionais de saúde mental. Nesse sentido, investigar como os profissionais desenvolvem suas ações possibilita entender o impacto das diretrizes das políticas públicas nas propostas de intervenção dos que atuam na rede pública de saúde.

A literatura científica sobre as práticas dos profissionais de saúde mental no atendimento público à depressão, na ótica do profissional de saúde é, todavia, pouco explorada. No cenário internacional, a produção bibliográfica, na maioria

relacionada ao profissional médico, foca nos processos de análise do manejo clínico dos pacientes tanto no que concerne à prescrição de medicamentos¹⁹, como à indicação da psicoterapia²⁰. A perspectiva de outros profissionais de saúde mental é abordada em produções que tratam do cuidado compartilhado^{21,22}. No âmbito das políticas públicas de atendimento, aponta-se a necessidade de (re) pensar novos modos de intervenção que ampliem as formas de atendimento, para tornar o tratamento mais abrangente e eficaz²³.

No cenário nacional, a produção dos últimos 5 anos em revistas indexadas sobre a depressão no contexto da AB está fortemente relacionada a dados epidemiológicos de prevalência, evidenciando a ausência de publicações sobre práticas profissionais e processos de intervenção na depressão^{5,24}. Isso pode estar conectado ao fato de que a atenção à saúde mental na Atenção Básica constitui evento recente, em construção.

Com base nessas ideias, este trabalho se insere no campo das práticas profissionais articuladas com as políticas públicas que norteiam os processos de trabalho. O estudo então objetiva compreender a prática dos psicólogos no atendimento a usuários com diagnóstico de depressão em rede municipal de saúde.

Método

A pesquisa é qualitativa e busca compreender os significados, as crenças e os valores produzidos pelos participantes dentro da realidade social e cotidiana²⁵. Realizado sob a perspectiva dos pressupostos epistemológicos do Pensamento Complexo²⁶, este estudo se ancora no princípio da dialógica, no intuito de contemplar a vasta rede de elementos em interação que compõe a atenção à saúde mental.

O estudo foi realizado em uma rede municipal de saúde mental, que contava com equipes formadas por psicólogos e psiquiatras, os quais atendiam, por matrículamento e equipes NASF, a centros de saúde, objetivando oferecer cobertura completa à Atenção Básica do município.

Participaram na pesquisa psicólogos que atuavam com os usuários da rede de atenção à saúde mental. De um grupo de 28 profissionais com atuação na rede, 24 foram convidados – 15 da Atenção Básica, 5 do CAPS II e 4 do CAPS Infantil. Dos profissionais convidados, 22 psicólogos aceitaram participar do estudo.

A descrição do conjunto de participantes evidenciou que a maior parte dos entrevistados

tinha entre 3 e 7 anos de atuação como psicólogo. Quanto ao tempo de atuação na rede municipal de saúde mental, 12 atuavam entre 10 meses e 3 anos, e o restante variou até 13 anos.

Em termos de especialização em abordagem teórica, os 12 participantes possuíam curso completo em Psicanálise, em Gestalt e em Sistêmica Familiar; 10 possuíam especialização incompleta ou não a possuíam em nenhuma abordagem teórica. Ademais, 13 possuíam curso de pós-graduação, 10 dos quais com especialização em áreas relacionadas à Psicologia ou à Saúde. Quanto à participação em cursos de capacitação, apenas 4 psicólogos afirmaram ter estudado transtornos de humor.

A coleta de dados, realizada de 2009 a 2010, foi organizada em duas etapas: a primeira caracterizou-se por processo de “observação participante de campo” nas reuniões mensais das equipes de saúde mental e nos encontros de matrículamento dos CAPS com as equipes de saúde mental, totalizando 30 eventos. Essa etapa permitiu conhecer o campo de pesquisa, para identificar os processos de trabalho da equipe de saúde mental. Os dados colhidos nessa fase foram registrados em diários de campo e integraram a análise, evidenciando a configuração do contexto institucional e também o modo como a depressão era discutida e tratada nessa conjuntura.

A segunda etapa foi efetivada por meio de entrevista semiestruturada, aplicada após o período de “observação participante de campo”. Os eixos temáticos norteadores da entrevista foram: a) processo de formação e capacitação; b) caracterização do processo de diagnóstico; c) identificação dos princípios do manejo clínico; d) questões referentes ao trabalho em uma rede de saúde mental; o último eixo foi também sustentado pelos dados provenientes da observação. As entrevistas, registradas em áudio, foram realizadas individualmente em local e horário previamente acordados.

A análise de dados foi realizada por meio da Grounded Theory (teoria fundamentada empiricamente), desenvolvida por Strauss e Corbin²⁷, a qual permitiu agrupar, comparar e relacionar sistematicamente os dados oriundos das transcrições das entrevistas semiestruturadas e das notas dos diários de campo. Ao considerar o objetivo do estudo, a análise foi efetuada nestas etapas: a) imersão nos dados a partir da leitura do material coletado; b) divisão dos dados em incidentes, ideias ou eventos e renomeação com código conceitual que os representasse, etapa denominada “codificação aberta”; c) classificação dos códigos,

de forma a nuclear as propriedades similares ou evidenciar singularidades - etapa designada “codificação axial”; d) listagem, a partir das categorias principais, das respectivas subcategorias de análise, na fase denominada “codificação seletiva”, em que os códigos são refinados e integrados em busca de descrever e compreender as categorias principais.

Dada a quantidade de dados produzidos pelas entrevistas, a análise foi efetuada pelo software ATLAS TI 5.0 (*Qualitative Research and Solutions*), programa de análise qualitativa. A utilização dessa ferramenta permitiu executar visualização, integração e exploração de informações, de acordo com os princípios do programa²⁸, para possibilitar a codificação e a construção das categorias, baseadas no referencial teórico da pesquisadora.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos e por ele aprovada e contou com a autorização dos participantes, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados por letras e números.

Resultados e discussão

Da análise das narrativas dos profissionais, foram destacadas, para este artigo, quatro categorias, que evidenciaram aspectos clínicos e institucionais do atendimento ao usuário de saúde com diagnóstico de depressão, detalhados a seguir.

Fatores contextuais do atendimento ao diagnóstico de depressão

A trama entre as relações e as estruturas organizacionais nas quais as práticas profissionais são construídas e reproduzidas constitui os fatores contextuais do atendimento aos quadros depressivos. Neste estudo dois fatores institucionais são destacados: o primeiro - *discussão sobre a depressão entre os profissionais de saúde mental* - revela dados referentes à observação participante de campo das reuniões de apoio matricial entre CAPSs e equipes de saúde mental da AB. As reuniões visavam principalmente discutir casos mais complexos que demandavam esforço multidisciplinar.

Nesses encontros pôde-se observar que, na maioria das vezes, a depressão era apresentada

pelos profissionais de saúde como sintoma de outros tipos de sofrimento psíquico, tais como *borderline*, transtorno obsessivo-compulsivo, alcoolismo, psicose, além de estar associada a comportamentos suicidas. Nota-se que a depressão não constituía tema dos encontros matriciais. A despeito da significativa incidência, a depressão ficou invisível nas narrativas dos profissionais, o que sugere processo de normalização dessa forma de sofrimento psíquico, o que implica pouca ou nenhuma mobilização dos profissionais frente às demandas e às necessidades geradas pelo estudo depressivo dos pacientes.

O segundo fator se refere ao fluxo dos usuários de saúde que buscam atendimento psicoterapêutico, o que direciona as formas de atendimento à depressão. Por meio do fluxo, pode-se compreender a avaliação e a intervenção às quais o paciente é submetido antes do atendimento pelo serviço de Psicologia. A organização do fluxo de atenção à saúde mental resulta do modelo da Estratégia da Saúde da Família - ESF, o qual indica que o atendimento inicial deve ser realizado pela equipe ESF. Esse procedimento é determinante para a percepção do quadro depressivo e a terapêutica, na medida em que a maioria dos usuários chega ao psicólogo com diagnóstico e medicação prévios.

O desenvolvimento de trabalho proposto pelo apoio matricial significou, por um lado, avanço na atenção à saúde, uma vez que demandou (e ainda demanda) novo olhar sobre o processo clínico marcado pela interdisciplinaridade, como preconiza o Ministério da Saúde, ao recomendar que o Projeto Terapêutico Singular resulte de construção conjunta entre os membros da equipe de saúde^{7,8}. Isso foi também exposto pelos entrevistados, quando externaram a importância de poder discutir com a equipe sobre a necessidade de medicação para pacientes com depressão.

Por outro lado, o desenvolvimento da clínica a partir da perspectiva do apoio matricial privilegia a concepção biomédica, uma vez que os conceitos de saúde e doença estão calcados nesta noção, a qual favorece a dimensão biológica do fenômeno da depressão. Rey²⁹ confirma essa ótica, ao asseverar que as representações e as práticas em relação à saúde refletem os discursos dominantes da sociedade. Desse modo, a tentativa de desenvolver recursos e estratégias psicosociais a partir dessa perspectiva está atrelada a essa ordem simbólica, o que limita as possibilidades terapêuticas dos quadros depressivos.

Atendimento psicoterapêutico

O atendimento terapêutico aborda os principais elementos citados pelos participantes acerca do atendimento psicológico ao usuário com quadro depressivo. A utilização do termo psicoterapêutico, para nomear a categoria, concerne ao fato de que, para os psicólogos, o atendimento está centrado na psicoterapia individual com base na formação clínica dos profissionais, como aponta o participante: *Então, a proposta seria a psicoterapia de apoio breve, o contrato envolve sessões já predeterminadas, de seis a oito sessões, no fechamento do processo [o usuário de saúde] é reavaliado* (P20).

Diferentes abordagens terapêuticas foram apresentadas pelos entrevistados como principal suporte do atendimento psicológico à depressão, evidenciando a importância dessa perspectiva no desenvolvimento da prática profissional. Nos quadros depressivos, abordagens distintas são julgadas eficazes¹³, consolidando a pluralidade de perspectivas no campo profissional e no tratamento da depressão.

No intuito de descrever o atendimento psicoterapêutico, as narrativas dos participantes apresentaram estratégias de informação e apoio como uma das técnicas de intervenção terapêutica. Essas estratégias foram apontadas como forma inicial de abordar o paciente com depressão.

A proposta é mais instrumentalizar o paciente para que ele comece a reconhecer a própria condição, o que ele tem, mostrar pra ele o que é depressão, como é que a gente faz o tratamento, através do diálogo [...]. (P8)

Esses processos cognitivos desenvolveriam o instrumental pessoal que auxiliaria na prevenção da piora do quadro e no tratamento. As informações e as orientações dos psicólogos configuram etapas do processo de psicoeducação, que reduz os sintomas e favorece a prevenção de novos episódios de depressão^{17,18}.

O relato dos profissionais sobre o atendimento destacou a escuta qualificada e o acolhimento da demanda como os principais recursos de intervenção em quadros depressivos. Para os entrevistados, a escuta possibilita ao profissional acolher o paciente, a fim de garantir o espaço de reconhecimento do outro, segundo aponta P17: *Então, primeiramente é um espaço de escuta, de saber como é que essa pessoa tá, de ir devagarinho fazendo os elos daquilo que ela fala. [...] Então geralmente, nem sempre a gente acha uma resposta, mas principalmente de acolher, de aceitação, de não fazer julgamento.*

Assim, no atendimento psicológico, esses elementos são processos-chaves para acessar a subjetividade do outro e compreender seu sofrimento psíquico. Na depressão, a escuta propicia identificar as questões subjacentes à própria demanda do paciente, com base na compreensão do contexto e das relações sociais que constituem a existência do sujeito que busca atendimento psicológico. Segundo Frizzo et al.³⁰, o entendimento do contexto relacional por meio de escuta empática permite construir boa aliança terapêutica com o paciente depressivo, configurando-se condição para o progresso do tratamento.

A narrativa dos entrevistados demonstrou que o trabalho psicoterapêutico é marcado pela tarefa de dar sentido ao sintoma, como apontado na fala de P7: *E eu acho assim que o mais importante é ajudar o paciente a dar um sentido pra aquilo que lhe acontece. O poder dar um sentido pra isso, porque o que o paciente traz é a falta de sentido, né?*

A fala evidencia que a construção desse sentido ocorre na relação entre o paciente e o terapeuta. Dar sentido ao sintoma permite à pessoa com depressão compreender a dimensão psíquica que constitui o quadro. Essa tarefa se converte em compreensão e ressignificação do sofrimento psíquico, gerando novos significados que proporcionam ao indivíduo entender a construção da própria história e as implicações na composição da subjetividade. Para os participantes, valoriza-se o atendimento que proporciona nova construção, com vistas ao resgate da história de vida pessoal. Desse modo, para os psicólogos o projeto terapêutico deve ser iniciado a partir das demandas e das possibilidades do paciente.

O conjunto de recursos e técnicas apresentados na narrativa dos participantes que configuraram a categoria “o atendimento psicoterapêutico” consolida a dimensão psicológica do tratamento à depressão, ao descrever os processos do atendimento. Nesse sentido, foi possível observar que as técnicas utilizadas são generalistas e não aludem ao tratamento da depressão em si, mas a toda forma de sofrimento psíquico. O cerne do trabalho dos participantes reside na escuta e no acolhimento da demanda e na construção de terapêutica singular, elementos constituintes da atenção psicológica, reconhecida e recomendada por distintos organismos de saúde.

Quando se considera o contexto da AB, esses resultados manifestam que o atendimento psicoterapêutico ainda possui espaço privilegiado no desenvolvimento das intervenções psicológicas, refletindo como a construção das práti-

cas profissionais na AB ainda está marcada pela ideia do atendimento individual. Os resultados se coadunam com os apontamentos de Ferreira Neto e Kind¹⁴ e indicam que a proposta clínica ampliada, interdisciplinar e as intervenções extra clínicas coexistem com o atendimento individual, evidenciando que as transformações promovidas pelo SUS ainda estão em curso, demandando contínuo processo de revisão das práticas em Psicologia na busca de atendimento que vise à integralidade da atenção em saúde.

Atendimento em grupo

O atendimento em grupo reúne elementos relacionados ao trabalho terapêutico para esse tipo de paciente e constitui uma das estratégias da atenção em saúde mental na Atenção Básica recomendada pelo Ministério da Saúde^{12,15}. Todos os psicólogos entrevistados afirmaram realizar atendimento em grupo; no entanto, parte deles relatou que realizava essa forma de intervenção exclusivamente em função da proposta e das metas de trabalho da rede municipal em que atuavam e declararam que não se sentiam preparados ou preferiam não atender em grupo.

Reconhecida¹³ como recurso de intervenção psicológica eficaz no atendimento ao paciente com depressão, a terapia em grupo na AB não apresenta proposta diferenciada por tipo de sofrimento psíquico, de acordo com a fala dos participantes. No trabalho em grupo, o foco é o indivíduo e não o tipo de sofrimento psíquico que o define. Essa forma de intervenção está alicerçada nos princípios da reforma psiquiátrica, a qual concebe as ações em saúde mental a partir dos conceitos de território, cidadania e autonomia^{31,32}, alterando o foco da concepção das doenças ou dos transtornos mentais. O conceito de clínica ampliada reforça essa perspectiva, pois propõe sair do polo da doença, dos limites e do sofrimento e incorporar a concepção de potencialidade do indivíduo^{7,8}.

Os psicólogos apontaram que os usuários de saúde com quadro depressivo representavam a principal demanda do atendimento em grupo, resultado que refletia os dados de prevalência da depressão no contexto da AB. Para eles, a estrutura de grupos com participação de usuários com quadro depressivo possibilitava o trabalho terapêutico a partir da identificação dos sintomas, conforme apontou um dos entrevistados:

Então é legal por isso (trabalho em grupo), tem essa identificação de mostrar que não é o único sofredor do mundo, né? [...] Tem essa riqueza de

como que o outro lidou com aquela situação, na família ou em qualquer outro lugar. [...] Eu acho que o grupo tem esse recurso terapêutico muito importante, que é de identificação, de saber que não é o único e de ouvir como que o outro fez pra lidar com aquela situação (P13).

O processo de identificação apresentado por esse entrevistado foi apontado como o elemento a partir do qual o trabalho terapêutico é realizado no grupo. Por meio da identificação, os pacientes com quadros de depressão podem se reconhecer na vivência do outro e entender o momento de sua história de vida. Para Zimerman³³ e Pombio-de-Barros e Marsden³⁴, o processo de identificação desperta sentimentos de pertinência e unificação, o que permite abertura entre os participantes, favorecendo o trabalho terapêutico a partir desse encontro.

Os psicólogos ressaltaram que tal processo de identificação favoreceria o que foi denominado por um deles como “muro das lamentações”: “Ai, às vezes é difícil, tem que manejá [o grupo] pra não ficar, como eu chamo: ‘muro de lamentações’. Porque senão fica aquele discurso um pouco queixoso, pessimista, desanimador e que vai que meio que contagia todo mundo” (P10).

Nesse caso, o processo de identificação tem papel inverso e colabora para que o paciente mantenha os sintomas da depressão. Para Zimerman³³, os processos de identificação no campo grupal podem dificultar a emancipação do indivíduo e alimentar o lugar de sofrimento, o que diminui a potencialidade terapêutica do trabalho em grupo. Isso pode se relacionar à dificuldade de manejo dessa forma de intervenção terapêutica, conforme foi apontado por parte dos entrevistados, ao expor limitações na realização do atendimento em grupo.

Ainda que o Ministério da Saúde preconize as abordagens coletivas nas ações em saúde mental¹⁵, o atendimento em grupo a pacientes com depressão nem sempre é possível. Um dos principais fatores a serem considerados para a indicação de atendimento individual é o grau de severidade da depressão. Nesse sentido, segundo os psicólogos, o acolhimento dos casos mais graves foi entendido como critério para o atendimento individual. A não inclusão dos pacientes graves em atendimento grupal é referendada por estudos de Oei e Dingle³⁵, que indicam que os casos de depressão severa não devem ser atendidos em grupo pela dificuldade de engajá-los no processo grupal e pela necessidade de atendimento mais personalizado.

Outro fator destacado pelos participantes está relacionado às dificuldades de adesão a esse tipo

de terapêutica - de acordo com os psicólogos, há pacientes que não aderem ou têm dificuldades de aderir ao trabalho em grupo. Essa dificuldade pode se referir a constrangimento ou impossibilidade de participar, dada a posição do indivíduo dentro da comunidade, representando fator limitante de utilização dos recursos terapêuticos disponíveis na Rede. Assim, a posição do usuário de saúde no contexto social é fator relevante na construção de estratégias que possibilitem a participação no atendimento em grupo.

A narrativa dos participantes trouxe distintos elementos que demonstram como o atendimento em grupo ao usuário de saúde diagnosticado com depressão enfrenta limitações entre as práticas profissionais utilizadas pelos psicólogos. Associados aos limites psicossociais do usuário ou à capacitação dos profissionais, os entraves para o atendimento em grupo restringem as intervenções psicossociais. O contexto grupal se caracteriza como espaço que possibilita o fortalecimento das redes sociais, o vínculo entre o usuário de saúde e a instituição e propicia o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde¹⁴. O atendimento em grupo aumenta o contato social, o que diminui a condição de isolamento, comum à pessoa com depressão.

Recursos complementares

A dimensão psicossocial do tratamento da depressão conta também com recursos complementares ao atendimento psicoterapêutico individual ou grupal. As ações em saúde elencadas nesse âmbito incluem a indicação de atividades sociais e físicas na vida cotidiana, a utilização dos recursos da própria unidade de saúde e da comunidade, conforme mostra o extrato de entrevista a seguir:

[...] então sempre procuro tá a par, saber quais são os recursos que tem na comunidade, quais são os cursos, sei lá, que tem no centro social, que hábitos aquela pessoa tem, o que ela poderia se interessar em aprender, se ela tem pouco estudo, sempre procuro saber que supletivos tem ali na região, atividade física, onde que ela poderia tá fazendo, com quem... E acabo também indicando essas coisas. Enfim, o quanto que a pessoa tem que conseguir, sair daquela caixinha e ver que tudo que aparecer nesse momento vai ser bom. (P5)

A fala de P5 demonstra as diferentes orientações de atividades na comunidade, as quais podem contribuir para o tratamento da depressão. Este participante, assim como os outros, afirmou buscar conhecer as atividades e os cursos desen-

volvidos por centros comunitários, ONGs e instituições públicas presentes na comunidade do paciente. A utilização de recursos da comunidade constitui uma das diretrizes do processo de inclusão da saúde mental na AB - respaldado pela proposta do Ministério da Saúde que preconiza relação de troca e construção de espaços entre a instituição de saúde e a comunidade que promovam saúde mental¹⁵.

Ao considerar o âmbito institucional, diferentes ações de prevenção e promoção realizadas na AB e mediadas por vários profissionais consistem em recursos terapêuticos que a unidade de saúde proporciona aos usuários e contribuem para o tratamento da depressão, como aponta o seguinte trecho:

Ah, sim, sim... Oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos... Que é assim: na oficina terapêutica também há seu espaço de escuta, claro, não vai ser psicoterapêutico, mas vai ser um recurso que também vai contribuir processo dele ali. [...] Porque esse trabalho isolado de consultório, ele limita muito os resultados que a gente possa ter. (P19).

Ao asseverar que a utilização dos recursos complementares amplia as possibilidades de atendimento, a fala de P19 sugere o reconhecimento desse instrumental como inerente ao tratamento ao usuário de saúde diagnosticado com depressão. A utilização desses recursos desenvolve o cuidado integral, que assimila as possibilidades do contexto e consolida a dimensão psicossocial do tratamento.

Outro recurso indicado pelos participantes foi a realização de atividades físicas, indicada por mais da metade dos entrevistados, o que confirma os resultados de estudos que apontam o impacto positivo dos exercícios no tratamento da depressão³⁶. A indicação de exercícios físicos contra viabilidade nas UBS em função das ações dos profissionais de educação física nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Regida pelo eixo das Atividades Físicas e Práticas Corporais³⁷, a intervenção desse profissional deve ser realizada sob a ótica da concepção de saúde como produção social. Assim, as atividades físicas representam “espaço” de atenção integral à saúde, no qual as relações sociais preservam o âmago da atenção em saúde. Para o paciente com quadro depressivo, poder participar de grupos dessa natureza possibilita usufruir tanto os benefícios da atividade física quanto o fortalecimento das redes de convivência.

Os recursos complementares elencados pelos psicólogos desvelam uma multiplicidade de cenários que ampliam as formas de tratamento e

consolidam a relevância da dimensão psicosocial no desenvolvimento de intervenções terapêuticas para os casos de depressão. A utilização desses recursos auxilia o tratamento e minimiza a reincidência de quadros depressivos. Para Moos³⁸ e Moré e Macedo³⁹, quanto mais inserção social e mais significativa a rede de relacionamentos, mais são as possibilidades de sucesso no pós-tratamento. Nesse sentido, a indicação desses recursos fortalece a rede de relacionamentos sociais do usuário de saúde e caracteriza-se como ação que produz saúde.

Considerações finais

Este artigo visou compreender as práticas dos psicólogos para atender a usuários com diagnóstico de depressão na Atenção Básica, visto que configura desafio no tratamento desse sofrimento psíquico.

Os resultados da pesquisa revelam que o atendimento psicológico aos quadros depressivos está subordinado aos processos de trabalho propostos na Rede de tal forma, que o paciente já chega, na maioria das vezes, medicado pela Equipe de Saúde da Família. Nesse sentido, o tratamento dos quadros depressivos subjacente ao atendimento clínico está predominantemente calcado em concepção biomédica - que privilegia a dimensão biológica do fenômeno da depressão -, estabelecendo proposta de intervenção coerente com tal perspectiva. Assim, a proposição de ações que ressaltem as potencialidades dos usuários de saúde depara com barreiras inerentes aos processos de trabalho propostos pela própria Rede.

Quanto aos métodos de intervenção psicológica para atendimento a quadros depressivos, a escolha da psicoterapia individual como principal forma ainda reflete prática profissional centrada no indivíduo. Os entraves relacionados ao

atendimento em grupo confirmam essa tendência e sugerem que as propostas de intervenção, para o usuário de saúde diagnosticado com depressão, encontram-se em processo de transição, para atender às lacunas da dimensão psicosocial, uma vez que esse tipo de atendimento se configura como dispositivo eficaz no tratamento da depressão e viabiliza a construção de rede sociais pelo usuário de saúde.

Por sua vez, a utilização dos recursos complementares aponta para o exercício da Clínica ampliada, dado que incentiva a utilização dos recursos institucionais e comunitários como parte ativa do tratamento dos quadros depressivos. O uso desses recursos se qualifica como prática de saúde que propicia o cuidado integral e colabora para a adoção de ações que promovam a saúde do paciente diagnosticado com depressão.

Desde a inserção da saúde mental na Atenção Básica, os avanços na ampliação do atendimento à depressão foram significativos, considerando a cobertura e as estratégias de trabalho que ensajaram acesso ampliado dos usuários aos profissionais de saúde mental. No entanto, a superação dos modelos tradicionais de atendimento aos casos de depressão e a construção de formas de atenção que utilizem recursos psicosociais na busca da atenção integral ainda estão em curso; o usuário de saúde diagnosticado com depressão conta com dispositivos reconhecidamente eficazes, mas que atendem parcialmente às demandas geradas pela complexidade do fenômeno.

Nesse sentido, reflexões sobre as formas de atendimento à depressão à luz das políticas públicas da área permitirão elaborar nova concepção do fenômeno e construir ferramentas eficazes que se aliem aos dispositivos já conhecidos. Realizar pesquisas com essa intenção pode colaborar para o desenvolvimento desse novo instrumental, confirmando a importância da continuidade dos estudos na área.

Colaboradores

CCL Motta, CLOO Morée e CHSS Nunes participaram da concepção e delineamento do artigo; CCL Motta realizou a coleta de dados, CCL Motta e CLOO Moré realizaram a análise e interpretação dos dados; CCL Motta redigiu o manuscrito; CLOO Moré e CHSS Nunes fizeram a revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: MS; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 154, de 25 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 26 jan.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; 24 out. 2011.
5. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDMD, Tomasi E, Pinheiro RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Prevalence of depression in users of primary care settings. *Rev psiquiatr. Clín* 2012; 39(6):194-197.
6. Ayres JR. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):549-560.
7. Campos CWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. “Aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl. 1):983-995.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: MS; 2009.
9. Böing E, Crepaldi MA. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão* 2009; 30(3):634-649.
10. Dutra E. Afinal, o que significa o social nas práticas clínicas fenomenológico-existenciais? *Estud.pesqui. Psicol* 2008; 8(2):224-237.
11. Health Evidence Network (HEN). World Health Organization (WHO). *What are the most effective diagnostic and therapeutic strategies for the management of depression in specialist care?* Copenhagen: HEN, WHO; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de Prevenção do Suicídio*. Brasília: MS; 2006.
13. Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, Jüni P, Cuijpers P. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine* 2013; 10(5):e1001454.
14. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis* 2010; 20(4):1119-1142.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica n. 34*. Brasília: MS; 2013.
16. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Brasileira de Medicina, Física e Reabilitação, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Depressão Unipolar: Tratamento Não-Farmacológico*. Rio de Janeiro: ABP; 2011.

17. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine* 2009; 7:79.
18. Casañas R, Catalán R, Del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012; 12(1):230.
19. Tamburrino MB, Nagel RW, Lynch DJ. Managing antidepressants in primary care: physicians' treatment modifications. *Psychological Reports* 2011; 108(3):799-804.
20. Verdoux H, Cortaredona S, Dumesnil H, Sebbah R, Verger P. Psychotherapy for depression in primary care: a panel survey of general practitioners' opinion and prescribing practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49(1):59-68.
21. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, Donaghy E, Pratt R, Williams C, Morrison J, Gibb J, Watson P, Burton C. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. *BMC Fam Pract* 2013; 14:46.
22. Knowles SE, Chew-Graham C, Coupe N, Adeyemi I, Keyworth C, Thampy H, Coventry PA. Better together? a naturalistic qualitative study of inter-professional working in collaborative care for co-morbid depression and physical health problems. *Implementation Science* 2013; 8:110.
23. Pence BW, O'Donnell JK, Gaynes BN. The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Current psychiatry reports* 2012; 14(4):328-335.
24. Villano LA, Nanhay A. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2011; 10(2).
25. Olabuénaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. Barcelona: Deusto; 2007.
26. Morin E. *Introdução ao Pensamento Complexo*. 5ª ed. Lisboa: Instituto Piaget; 1990.
27. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
28. Muhr T. *ATLAS/ti the knowledge workbench. V 5.0: Quick tour for beginners*. Berlin: Scientific Software Development; 2004.
29. Rey FG. Psicologia Social e Saúde. In: Silva MD, Aquino CAB, organizadores. *Psicologia social: desdobramento e aplicações*. São Paulo: Escrituras; 2004. p. 115-135.
30. Frizzo GB, Prado LC, Linares JL, Piccinini CA. Aspectos relacionais da depressão: o conceito de "honorável fachada" em dois casos clínicos. *Psicol. clín.* 2011; 23(1):133-155.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: MS; 2005.
32. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos* 2014; 21(1):15-35.
33. Zimerman DE. *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
34. Pombo-de-Barros CF, Marsden M. Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2008; 60(1):112-123.
35. Oei TPS, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord* 2008; 107(1-3):5-21.
36. Silveira H, Moraes H, Oliveira N, Coutinho ES, Laks J, Deslandes A. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology* 2012; 67(2):61-68.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde na Escola. *Caderno de Atenção Básica n. 27*. Brasília: MS; 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde.
38. Moos RH. Life Stressors, Social Resources, and the treatment of depression. In: Becker J, Kleinman A, editors. *Psychosocial aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. New Jersey: Erlbaum; 1991. p. 187-214.
39. Moré CLO, Macedo RMS. *A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

Artigo apresentado em 25/09/2015

Aprovado em 14/04/2016

Versão final apresentada em 16/04/2016