



Depressão de difícil controle: a importância da APS no seguimento do paciente que está sob os cuidados do especialista no SUS.

Petrônio de Oliveira Brandão¹; Julia Domingues Morales²; Maxwell de Morais Silva³; Thales Gomes Sarmiento⁴; Rossiniê de Miranda Araújo⁵

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Resumo: Objetivo: relatar a experiência acerca de um quadro de depressão fora do habitual para a equipe, enfatizando a importância que a atenção primária tem no cuidado do paciente que já está em acompanhamento com especialista no SUS. Método: Relato de experiência seguindo o protocolo SQUIRE 2.0, sobre o acompanhamento de uma paciente portadora de depressão realizado em uma UBS de João Pessoa-PB, ao longo de 6 meses. Resultado: paciente apresentou melhora progressiva, porém dificultosa, dos sintomas depressivos durante os 6 meses de cuidado conjunto com a psiquiatria. Ao longo desse tempo, foi decisivo, também, para o êxito do tratamento, os médicos da UBS procurarem entender as relações interpessoais da paciente, principalmente com sua mãe, além de receber contrarreferências do especialista, e uma interconsulta com a psicóloga que também acompanhava o caso. Conclusão: a UBS consegue ter um papel primordial no tratamento dos usuários, mesmo que esses já estejam em acompanhamento com serviço especializado.

Palavras - chave: atenção primária; depressão; contrarreferência.



Resistant Depression: the importance of the basic unit in the follow-up of the patient who is being cared for in specialist care in SUS.

Abstract: The aim of this study was to report the team's experience of an unusual case of depression, emphasizing the importance of primary care in caring for patients who are already being monitored by a specialist in the SUS. **Method:** This is an experience report using the SQUIRE 2.0 protocol, about the 6-month follow-up of a patient with depression at a UBS in João Pessoa-PB. **Results:** The patient showed progressive improvement, but difficult, in her depressive symptoms during the 6 months of joint psychiatric care. During this time, it was also decisive for the success of the treatment that the UBS doctors tried to understand the patient's interpersonal relationships, especially with her mother, as well as receiving counter-referrals from the specialist, and an inter-consultation with the psychologist who was also following the case. **Conclusion:** the UBS is able to play a key role in the treatment of users, even if they are already being monitored by a specialized service.

Keywords: primary care; depression; psychiatry.

Instituição afiliada – 1,2,3 - Residente de Medicina de Família e Comunidade; Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. 4,5 - Médico de Família e Comunidade; Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Dados da publicação: Artigo recebido em 01 de Outubro e publicado em 11 de Novembro de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p2681-2691>

Autor correspondente: *Petrônio de Oliveira Brandão* - petronio.brandao@gmail.com



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



1. INTRODUÇÃO:

A Atenção Básica é conhecida como a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo norteador de assistência, responsável pela realização de ações preventivas e de promoção da saúde nos territórios definidos e com populações que fazem parte desse¹.

O nível primário de atenção à saúde tem por uma de suas premissas a resolutividade, que também é um dos princípios do SUS. Essa é definida como a exigência de que, quando um indivíduo buscar por atendimento, ou surgir um problema de impacto abrangente sobre a saúde, o serviço que o abarca esteja capacitado para não só enfrentar, como, também, resolver². Tendo em vista isso, infere-se que cada vez mais cresce a necessidade de que os serviços na atenção básica sejam eficientes, por diversos motivos, entre eles diminuir a demanda nos demais níveis de atenção, o que é um problema crônico enfrentado na saúde pública, além de um verdadeiro desafio a ser contornado.

Nos últimos anos as queixas de saúde mental têm aumentado expressivamente, demandando que os profissionais da atenção primária, por exemplo, estejam cada vez mais capacitados no manejo dessas. E no universo das doenças psiquiátricas, a mensuração da resolutividade de um serviço está associada aos resultados referentes ao conjunto de ações não só médicas mas, principalmente, multidisciplinares, que este oferece para os usuários. É necessário, por tanto, um conhecimento amplo dos médicos e dos outros profissionais sobre seus pacientes, abrangendo variáveis como condições sociais, clínicas, severidades dos sintomas, assim como condições laborais e moradia daqueles que são atendidos diariamente³.

Na atualidade, o transtorno depressivo é considerado uma das doenças que mais causa sofrimento na população global, pessoas das mais diversas classes sociais e uma faixa etária variada⁴. Essa situação demanda que os serviços de saúde estabeleçam formas cada vez mais eficazes de manejar o quadro dos pacientes e os respectivos prejuízos na vida dos mesmos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 2018, enfatizam que cerca de 300 milhões de pessoas no mundo sofram de depressão, destas cerca de 300 mil chegam ao suicídio, o que corresponde a aproximadamente 10 % dos suicídios relatados (taxa anual), despontando a depressão como segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos⁵. Ainda, de acordo com sua frequência, projeta-se que uma em cada quatro pessoas irá fazer o tratamento de depressão pelo menos uma vez na vida⁴.

No Brasil, aproximadamente 24 a 30 milhões de pessoas apresentam, apresentaram ou virão a ter pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida⁶. E muitos desses quadros têm



relação íntima com a falta de apoio dentro da própria casa. A ausência ou diminuição da percepção do suporte familiar desencadeia sofrimento, desajustamento psicológico e emoções negativas, cursando com danos significativos, como a baixa autoestima e/ou do autoconceito, corroborando com o desenvolvimento de uma personalidade vulnerável e a manifestação de sintomatologia depressiva⁷.

Ao levar em consideração que a maior parte dos brasileiros depende do SUS, é de suma importância que a atenção primária esteja preparada para receber e manejar esses casos da forma mais adequada, sobretudo porque é nesse nível de atenção que o usuário normalmente tem o primeiro acesso aos serviços médicos, o que proporciona entender o meio em que ele está inserido e como isso influencia no seu processo saúde-doença, sendo fundamental no seu tratamento. Na atenção secundária, devido à diminuta oferta de serviços e profissionais especializados, essa realidade torna-se ainda mais difícil.

2. MÉTODO E MATERIAIS:

O presente estudo tem natureza descritiva e qualitativa do tipo relato de experiência, sendo elaborada de acordo com o protocolo Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE) 2.0. O trabalho descreve consultas realizadas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de João Pessoa-PB, ao longo de 6 meses.

Relato de experiência do acompanhamento de uma paciente que desenvolveu depressão após 5 meses do falecimento de seu pai. Destaca-se neste relato que mesmo com um difícil manejo do caso, houve criação importante de vínculo entre a paciente e a equipe, de modo que mesmo em consultas periódicas com psiquiatra, optou por continuar, paralelamente, sob os nossos cuidados na USF.

As consultas ocorreram mensalmente. Após o diagnóstico, inicialmente, foi prescrito antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), juntamente com um benzodiazepínico. As demais prescrições foram realizadas pelo médico psiquiatra que passou a acompanhá-la durante o caso. Devido à refratariedade do quadro, foi necessário entender o contexto onde a paciente estava inserida, solicitando acompanhamento da sua mãe nas consultas, e da psicóloga em uma dessas, de modo consensual. Além do acompanhamento médico, a paciente também estava em acompanhamento regular com psicóloga, bem como o médico era constantemente informado sobre a paciente por meio do Agente Comunitário de Saúde, seu esposo, demonstrando a multidisciplinaridade como eixo norteador no tratamento.



3. DISCUSSÃO:

No início de dezembro de 2022, durante o final dos atendimentos rotineiros da unidade, um agente comunitário de saúde (ACS) abordou a equipe médica para falar de algo que o preocupava muito: sua esposa que, aparentemente, apresentava sintomas de depressão, após o falecimento do pai dela. Conversamos com o ACS e nos colocamos à disposição para iniciar um acompanhamento contínuo com a paciente, orientado que, brevemente, a trouxesse para uma consulta médica inicial.

Uma semana depois, comparece ao consultório uma mulher acompanhada de seu esposo, com 48 anos e, à primeira impressão, apática, fácies depressiva, com olhar vago. Na consulta, nos norteamos pelos princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Em poucos minutos de conversa, foi perceptível seu discurso lentificado, entrecortado por episódios de choro, cujo conteúdo era predominantemente negativo, com sentimentos ruins, aflições, preocupações, bem como a falta de perspectiva no seu futuro e ideações suicidas constantes. Até aquele momento, ela nunca havia conversado com um profissional de saúde a respeito de suas angústias e sentimentos. Percebemos que, de fato, tratava-se de uma paciente com depressão e que o falecimento de seu pai foi um fator amplificador de suas angústias.

Terminada a primeira consulta, foi iniciado escitalopram 10mg pela manhã, juntamente com clonazepam 1mg pela noite, e nos deixamos à disposição para demandas espontâneas, mas orientamos retorno marcado com 1 mês de uso do medicamento (tempo suficiente para avaliar ajuste de dose do antidepressivo). Na nossa experiência com pacientes com quadros semelhantes, esperamos bons resultados com esse tratamento, logo esperávamos que a paciente retornasse com melhores resultados.

Passado o período pactuado, a paciente retornou sem quaisquer melhoras do quadro clínico, ainda bastante chorosa, relatando que os pensamentos de atentar contra a própria vida estavam cada vez mais frequentes e que, dessa vez, apresentava fobia em ficar sozinha. Referiu que ao permanecer sem a companhia do esposo, a única pessoa que residia com ela, tinha medo de que algo de ruim pudesse acontecer-lhe, como ter crise de ansiedade. Nessa consulta, observamos que o manejo inicial que comumente resulta em boa resposta durante nossa rotina na UBS não foi o suficiente, do ponto de vista medicamentoso, para auxiliar na qualidade de vida da paciente e redução dos sintomas. Então, consideramos acionar o suporte de um médico psiquiatra, tendo em vista que nem mesmo uma melhora mínima foi observada e o caso passava a se tornar cada vez mais grave, gerando preocupação na equipe da UBS.

Ainda, no atendimento supracitado, progredimos o antidepressivo e iniciamos um antipsicótico atípico, no intuito de estabilizar o humor, por conta da labilidade emocional que



a paciente apresentava. Também orientamos que, devido a piora dos sintomas, iríamos encaminhá-la para acompanhamento conjunto com o psiquiatra. Naquele momento, essa proposta foi encarada por ela como uma espécie de gatilho de abandono, recusando ser atendida por outro médico por receio de não ser mais avaliada por nós e, principalmente, que o novo profissional não acolhesse suas queixas com o mesmo primor que estávamos desempenhando na Unidade Básica de Saúde.

Em janeiro de 2023 a paciente retornava, novamente, sem melhora expressiva de sua clínica (relatava cerca de 30% de redução dos sintomas). Observamos que o caso cada vez mais distanciava-se da nossa experiência com pacientes apresentando queixas semelhantes, e que o manejo medicamentoso isoladamente não se mostrava o suficiente para melhorar o quadro referido. Dessa forma, trouxemos para as consultas um olhar mais voltado para a família da paciente, bem como sua história de vida e suas vivências diárias. Percebemos que era preciso pôr em prática os princípios da Medicina de Família e Comunidade e entender o meio em que a usuária estava inserida, utilizando dessa compreensão para auxiliar na sua qualidade de vida.

Ainda, no mesmo atendimento, conversamos com seu esposo que estava presente. Perguntamos: “Como estava sendo lidar com toda aquela situação?”. A resposta, bastante presumível, era de que não era fácil e, por vezes, referiu acordar de madrugada e colocar-se em prantos ao lembrar de tudo que vivera até aquele momento. Indagava-se, com veemência, o porquê de aquilo acontecer com ele. Ficamos bastante reflexivos sobre o quanto a depressão, como qualquer outro transtorno mental, não afeta apenas uma pessoa, mas sim tem um alto potencial de capilarizar-se por todos aqueles que estão ao redor de quem está em tratamento. Também comentava conosco que a paciente, quando tinha sua presença em casa, apresentava uma melhora do humor, tendo menos acessos de choro e desespero. Todavia, quando ele precisava ausentar-se para vir trabalhar na unidade, isso era uma espécie de gatilho para a piora clínica mental da sua esposa. Nos relatou que iria antecipar suas férias para passar mais tempo presente e que já havia encontrado uma psicóloga para iniciar o acompanhamento, e logo em breve iria iniciar os atendimentos com psiquiatra. Fato esse que deixou a paciente bastante apreensiva, pois não queria deixar de ser atendida por nossa UBS, relatando que se sentia muito bem e compreendida por nós. Enfatizamos que não seria porque ela iria ser recebida na atenção secundária, que iria deixar de ter nossos cuidados. Passamos um bom tempo explicando isso. Acolhida tais informações, em consulta conjunta com preceptor do nosso programa de residência médica, programamos iniciar carbonato de lítio, no lugar do antidepressivo. E já deixamos de sobreaviso que talvez nós precisaríamos conversar, também, com a mãe e a psicóloga da paciente.



No início de fevereiro a paciente teve a primeira consulta com o psiquiatra. Muito interessante destacar que seu esposo conseguia sempre, a nosso pedido, a contrarreferência deste profissional, que é uma prática fundamental para aprimorar o cuidado dos usuários no SUS que estão referenciados, por exemplo, mas que muitas vezes é negligenciada. Importante frisar que todo o acompanhamento dessa paciente tornou-se mais fluido devido a essa atitude: por vezes propusemos algumas hipóteses diagnósticas e condutas, sob nosso olhar, e o médico especialista nos respondia sob a perspectiva dele, inclusive trocando o ISRS por um antidepressivo dual e nos explicando os motivos desta troca e de não prescrever carbonato de lítio (que havia sido um dos medicamentos pensados pela equipe da UBS no último encontro com a usuária). Isso nos ajudou muito ao longo do acompanhamento.

Ainda em fevereiro, chegou a ser atendida por nossa unidade mais 2 vezes, e mesmo com esse esquema terapêutico proposto pelo psiquiatra, a paciente não obteve melhoras significativas. Apresentou uma discreta melhora do humor, mas persistência de choro, medo de ficar sozinha, adinamia. Entretanto obteve diminuição da ideação suicida. O que consideramos um ganho importante. Essa conjuntura nos convidava a questionar, por vezes, se o médico especialista não deveria ter prescrito o carbonato de lítio, mesmo com todas as explicações fornecidas por ele nas contrarreferências. De acordo com nossa vivência seria muito difícil reverter esse quadro trocando, apenas, a classe medicamentosa do antidepressivo, dessa vez para um dual.

Chegava o início do mês de Março e o caso passava a ser cada vez mais atípico para nós, que nunca havíamos experienciado esta gravidade. Além disso, a proximidade com o esposo da paciente cursava com uma contratransferência importante na equipe, pois era perceptível seus diversos sentimentos, angústias, descrenças, fé na melhora do quadro de sua esposa, que pareciam manifestarem-se de forma simultânea e por vezes ambivalentes. No meio do mês supracitado a paciente teve sua segunda consulta com o psiquiatra, onde foi aumentada a dose da medicação. Deixamos acordado com o seu esposo, também, que trouxesse sua sogra e a psicóloga da usuária, com o consentimento dela, evidentemente, após 2 semanas, para conversarmos em nossa unidade. O fato da não resposta medicamentosa nos alertava cada vez mais que era necessário uma abordagem mais ampla, explorando mais o contexto da paciente. Estávamos mais certos do que nunca que seria preciso sob uma perspectiva mais ampla, e que apenas na atenção primária isso seria possível com mais facilidade.

Em abril, conhecemos a mãe da paciente e a psicóloga que acompanhava o caso desde o início. Sentamo-nos os três no consultório para tentar entender o que estava acontecendo. Ao longo de 1h30min adentramos na relação entre mãe e filha. Como de se esperar, foi marcada



por uma vida de muitos conflitos entre ambas, englobando, até agressões físicas e psicológicas. E o que mais chamou atenção foi que, ao término dessa consulta, a genitora foi indagada, depois de todo o relato proferido, se teria alguma recordação boa acerca de seu convívio com ela. Friamente, olhando fixamente em nossos olhos, ela respondeu: “não!”. A psicóloga, com ar de espanto, novamente indagou o mesmo questionamento e, mais uma vez, a mãe da paciente reiterou a resposta dada anteriormente. Ficamos em silêncio por alguns minutos. Mas, ainda nesse encontro, saímos com um saldo positivo e importante: ela demonstrou-se apta a tentar reconciliar-se com a filha, tendo consciência que isso nos ajudaria no tratamento. A partir de então, traçamos mais uma meta: além do manejo medicamentoso, iríamos, em conjunto com a psicóloga, multidisciplinarmente, tentar conciliar o ambiente familiar.

Ao final de abril, tivemos a primeira consulta em conjunto com a usuária e a sua mãe. Com delicadeza começamos a abordar a questão entre as duas. Ambas estavam conduzindo o atendimento, expondo cada uma suas opiniões. Como mediadores do diálogo entendemos que nosso papel de médico, naquele momento, seria de achar um ponto de partida para reatar os laços afetivos. E pela primeira vez, desde dezembro do ano anterior, pudemos perceber que a paciente havia saído do consultório com um sorriso no rosto. Em relatos do seu esposo, ela sempre mandava nos avisar que estava se sentindo um pouco melhor do que antes. Isso nos encheu de esperança por entender que havíamos acertado em nossa conduta e que tínhamos um grande potencial de ajudar naquele caso, juntamente ao especialista.

No início de maio a paciente foi para a terceira consulta com o psiquiatra, onde aumentou a dosagem do antidepressivo dual para a máxima e associou com mirtazapina marcando o retorno em 60 dias. Ao final do referido mês a paciente veio para a unidade com uma melhora de mais de 50% no seu quadro, segundo ela. Ainda persistia com episódios esporádicos de medo e fobia, mas apresentava fluidez no discurso jamais vista por nós até aquele momento, além de melhora no prazer de fazer atividades diárias (como assistir televisão, cozinhar), livre do discurso choroso, e com expressões de uma tênue felicidade no olhar, jamais vista até então. Nessa consulta nos chamou atenção que estávamos conhecendo, pela primeira vez, quem era realmente era aquela usuária em sua verdadeira essência, despida, mesmo que parcialmente, das vestes da depressão. A sensação única de que todo esforço valeu a pena, nos tomou naquele dia.

4. CONCLUSÃO:



Os transtornos mentais, mais notadamente depressão e ansiedade, estão cada vez mais frequentes no dia a dia da atenção primária, merecendo sua devida atenção assim como outras doenças crônicas prevalentes, a destacar diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

É importante frisar o papel primordial da Atenção Primária como uma espécie de rastreio nesse processo. Não raro, essas são consideradas queixas ocultas. É muito comum o usuário sentar-se no consultório para tratar de outras demandas mas, quando bem investigado pelo médico, surgem pontos relevantes para o resgate e diagnóstico dessas patologias mentais, trazendo para a mesa novos rumos para a anamnese.

Em uma esfera mais prática, dentro de todos os níveis de atenção do SUS, é na Unidade Básica de Saúde que, talvez, o paciente tenha a única chance de ser ouvido de maneira mais eficiente, podendo ter a oportunidade de esgotar todas as suas demandas e, por isso, fazer surgir novos problemas de saúde para investigação. É também nesse mesmo nível de atenção que o usuário consegue ter acesso com mais frequência aos profissionais, que por terem contato mais veemente com a comunidade, conseguem entender o contexto em que aquele está inserido. Isso faz total diferença no tratamento.

Todo o supracitado pode ser potencializado quando se trabalha sob uma perspectiva multiprofissional, além de haver uma intercomunicação entre atenção primária e secundária, por meio das referências e contrarreferências.

5. REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>;
2. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1990. [Internet];
3. Amaral CEM, Moreira CP. Análise dos efeitos do apoio matricial em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia. In: Nunes M, Landim FLP, orgs. Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA; 2016;



4. CAMARGO, R. M. Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18. n. 2, 2014;
5. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2018;
6. Menezes PR, Nascimento AF. *Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida*. Porto Alegre: Artmed; 2000;
7. Silva, N. K. N., Carvalho, C. M. S. D., Magalhães, J. M., Carvalho Junior, J. A. M., Sousa, B. V. S., & Moreira, W. C. (2018). *Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio*. SMAD.