

Itinerário terapêutico de sujeito depressivo em sua singularidade e visão familiar

Therapeutic itinerary of a depressive subject in his singularity and family view

DOI:10.34117/bjdv8n10-304

Recebimento dos originais: 26/09/2022

Aceitação para publicação: 28/10/2022

Mariana Beatriz Silva Torres Galindo

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Endereço: R. do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-900

E-mail: maritorresgalindo@gmail.com

Moab Duarte Acioli

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Endereço: R. do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-900

E-mail: mbacioli@uol.com.br

Talita Maria Fonseca Maranhão da Costa

Residente Em Clínica Médica

Instituição Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Endereço: R. do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-900

E-mail: talitamaranhaoc@gmail.com

Marina Jenné de Assis Silva

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Endereço: R. do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-900

E-mail: nina_jenne@hotmail.com

Liana Batista de Farias Costa

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Endereço: R. do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-900

E-mail: lianabfc@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Acordado pela Antropologia, Itinerários Terapêuticos são conceitos mais amplos envolvendo aspectos socioculturais, haja vista serem trajetórias individuais ou coletivas que almejam a preservação ou recuperação da saúde (MARTINEZ, 2006; PINHO; PEREIRA, 2012). A partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, ocorrida ao final do século XX, o indivíduo com transtorno mental, como o depressivo, conquista sua subjetividade e singularidade. **OBJETIVO:** Mapear o itinerário terapêutico de sujeito depressivo em suas vivências, e na perspectiva do familiar. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo, transversal e analítico. Trata-se de um tipo específico de História de Vida,

onde se visa criar um documento, captar dados e produzir sentidos para histórias individuais (HAGUETTE, 1992). Ocorreu em sistema de telecomunicação com sujeito depressivo e seu familiar, em acompanhamento psiquiátrico de um serviço secundário de saúde, localizado no Grande Recife. Houve uma análise temática de conteúdo a partir das entrevistas semidiretivas, sendo a identidade dos sujeitos preservação com substituição por pseudônimos. **RESULTADOS:** Há temas centrais que direcionam o sentido da memória do paciente e esposa para determinados eventos, uma narrativa das experiências do adoecimento. Os principais temas foram os seguintes: Percepção dos primeiros sintomas antes do tratamento; médicos, psicólogos e terapeuta ocupacionais particulares; avaliação dos atendimentos particulares; CAPS particular e atividades multidisciplinares; médico particular atual e psicóloga; avaliação do estado atual do processo saúde doença. Se retratando ao último tema, o sujeito Paulo relata: “Me vejo mais calmo, mas vez por outra, as ideias ruins voltam e você fica precisando ter muito controle para não se deixar levar por elas”. **CONCLUSÃO:** Entender o contexto de vida do paciente, interpretado por ele e pela esposa, permite acessar particularidades que o levaram a iniciar seu processo de cuidado no âmbito da saúde mental. Contudo, a presente pesquisa não visa minimizar a discussão a uma busca pela causa, mas sim possibilitar ao sujeito autonomia para contar sua história.

Palavras-chave: saúde mental, depressivo, itinerário terapêutico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to Anthropology, Therapeutic Itineraries are broader concepts involving sociocultural aspects, since they are individual or collective trajectories that aim at the preservation or recovery of health (MARTINEZ, 2006; PINHO; PEREIRA, 2012). From the Brazilian Psychiatric Reform, which occurred at the end of the twentieth century, the individual with mental disorders, such as depression, conquers its subjectivity and uniqueness. **OBJECTIVE:** To map the therapeutic itinerary of a depressed individual in his experiences and from the perspective of the family member. **METHODOLOGY:** Qualitative, cross-sectional and analytical study. It is a specific type of Life History, which aims to create a document, capture data and produce meanings for individual stories (HAGUETTE, 1992). It took place in a telecommunication system with a depressed subject and his family member, in psychiatric follow-up of a secondary health service, located in Greater Recife. There was a thematic content analysis from the semi-directive interviews, being the identity of the subjects preserved with substitution by pseudonyms. **RESULTS:** There are central themes that direct the sense of memory of the patient and wife to certain events, a narrative of the experiences of the illness. The main themes were as follows: Perception of the first symptoms before treatment; private doctors, psychologists and occupational therapist; evaluation of private care; private CAPS and multidisciplinary activities; current private doctor and psychologist; evaluation of the current state of the disease health process. Regarding the last theme, Paulo says: "I see myself calmer, but once in a while, the bad ideas come back and you need to have a lot of control not to get carried away by them". **CONCLUSION:** To understand the context of the patient's life, interpreted by him and by his wife, allows access to particularities that led him to start his care process in the mental health field. However, the present research does not aim to minimize the discussion to a search for the cause, but rather to enable the subject autonomy to tell his story.

Keywords: mental health, depressive, therapeutic itinerary.

1 INTRODUÇÃO

Acordado pela Antropologia, Itinerários Terapêuticos são conceitos mais amplos envolvendo aspectos socioculturais, haja vista serem trajetórias individuais ou coletivas que almejam a preservação ou recuperação da saúde. Deles participam os cuidados em casa, as práticas religiosas ou os recursos biomédicos, baseados em acontecimentos e decisões (MARTINEZ, 2006; PINHO; PEREIRA, 2012). É importante categoria para o planejamento, organização e avaliação dos serviços assistenciais em saúde, ao permitir o entendimento do onde, do como e do quando se procura cuidado (SILVA et al., 1995; TRAVASSOS et al, 2002). No mais das vezes, essa trajetória é manifestação de motivações e conceitos subjetivas e intersubjetivas, relacionadas a determinados modelos de doença, de causa e de tratamento, em diversos cenários socioculturais. (ALVES; SOUZA, 1999).

Em outras palavras, as pesquisas de Itinerário Terapêutico caracterizam-se como uma forma específica de História de Vida que se insere dentro das abordagens biográficas presentes nas metodologias qualitativas. Surge com a Escola de Chicago e visa apreender as articulações entre a história do sujeito e a história coletiva, ou seja, constrói uma ponte entre a trajetória individual – demonstrada pelo Itinerário Terapêutico - e a respectiva trajetória social de cuidado (SILVA et al., 2007).

A partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, ocorrida ao final do século XX, o indivíduo com transtorno mental conquista sua subjetividade e singularidade. Guimarães (2019) mostra que é exatamente a partir dos anos 1990, com representantes que lutam pela universalização de direitos, por meio do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro (MRPB) e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) que essa cidadania é conquistada.

Pode-se afirmar que antes da Reforma Psiquiátrica, havia um sistema fragmentado de atenção em Saúde Mental, calcado, principalmente no dispositivo hospitalar psiquiátrico de natureza manicomial e no ambulatório. Era um modelo mais individualista do que coletivo, os sujeitos eram rotulados como pacientes - termo remetente à passividade -, predominavam ações curativas e reabilitadoras mais do que preventivas, sem nenhuma coordenação da atenção e dos sistemas de entrada. Por sua vez, o modelo almejado atual preconiza a reinserção social dos usuários, fundamentando-se, epistemologicamente, na construção contínua de novos paradigmas e modelos assistenciais em Saúde Mental (BRASIL, 2017).

No ano de 2017, no Brasil, foi elaborada pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que permite um diversificado itinerário terapêutico ao usuário em sofrimento psíquico, assim como o depressivo. No bojo consta como dispositivos o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades. Ele se apresenta como serviço de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

A montagem do CAPS abarca uma quebra da hospitalização dos portadores de transtornos mentais, a partir da desinstitucionalização da saúde. O internamento e isolamento em hospitais psiquiátricos era a forma que toda sociedade tratava as pessoas portadoras de doenças mentais antigamente. Contudo, atualmente, através de plataformas como o CAPS que servem como porta de entrada e de acompanhamento, o modelo de atenção à saúde mental visa a desospitalização, tendo os pacientes maior liberdade e proximidade com amigos e familiares, facilitando e fomentando a inclusão social.

A inclusão de dispositivos poliáquicos, como o CAPS, em serviços privados configura a complementação do atendimento em saúde público-privado. Segundo Conill et al (2008) a percepção sobre a saúde e a vivência da doença envolve uma explicação pessoal, fortemente influenciada pela cultura, condições socioeconômicas, e que esta percepção influencia as escolhas de tratamento e o itinerário percorrido na busca de cuidados. Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando buscam, através de suas próprias escolhas ou estratégias, superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção.

Desse modo, parte-se do pressuposto de que entre sujeitos em depressão e seus familiares que buscam ajuda para o sofrimento psíquico, existe uma interação dinâmica entre os componentes de uma rede de atenção à saúde poliárquica, não se acentuando apenas a serviços institucionalizados e profissionais, mas também os sistemas terapêuticos considerados por Araújo (1979) como mágicos (por exemplo: rezadeiras), empíricos (por exemplo: fitoterapia) e religiosos (por exemplo: cultos afro-brasileiros).

A justificativa é de auxiliar no diálogo entre Antropologia Médica, Saúde Pública e Saúde Mental, através de uma interdisciplinaridade clínica, pesquisa, baseados em um olhar ampliado e dialético. A partir da socioantropologia contemporânea, foi almejada a compreensão das dimensões cognitivas e sociais que são incorporadas e se expressam nas representações individuais. A experiência de doença releva aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) como objetivos (coletivos), importando

conhecer o movimento pelo qual as práxis individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem mutuamente.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Mapear o itinerário terapêutico de sujeito depressivo em suas vivências, e na perspectiva do familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1º Contextualizar a história do tratamento na história de vida do paciente na perspectiva do mesmo e do familiar.

2º Conhecer as instituições de saúde mental por onde o paciente realizou tratamento na perspectiva do mesmo e do familiar.

3º Caracterizar a avaliação do usuário e do familiar sobre os tipos de cuidado que foram experimentados em termos de saúde mental.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa: Estudo qualitativo, transversal e analítico. Trata-se de um tipo específico de História de Vida, onde se visa criar um documento, captar dados e produzir sentidos para histórias individuais (HAGUETTE, 1992).

Campo: Ocorreu em sistema de telecomunicação, em decorrência da pandemia da Covid-19 (2020.1), em um paciente e seu familiar em acompanhamento psiquiátrico de um serviço secundário de saúde, localizado no Grande Recife.

Sujeitos: Foram entrevistados paciente portador de depressão e sua esposa. Idades entre 40-60 anos. Classe econômica B, segundo critério do IBGE. Escolaridade superior completa. Católicos não praticantes. Segundo casamento de ambos, estando em união estável há 13 anos. Paciente tem três filhos do primeiro casamento e a esposa dois filhos do primeiro. Não tem filhos juntos e moram sozinhos. Paciente aposentado e esposa é comerciante.

Instrumentos: Foi realizada uma entrevista semidiretiva com o paciente e com a esposa, isoladamente. É baseada em uma prática de construção dialética de informações, haja vista que o entrevistador apresenta um roteiro de perguntas-gatilho, mas com possibilidades de elaboração de novas perguntas, em função da dinâmica da entrevista (TRIVIÑOS, 1987).

Método de Análise: Houve uma análise temática de conteúdo, considerando o tema como unidade mínimo de significado presente no discurso (BARDIN, 2011).

Aspectos Éticos: O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Colegiado do Curso de Medicina, ao Comitê Científico e ao Comitê de Ética da Unicap, tendo sido aprovado em todas as instâncias. As identidades dos sujeitos entrevistados assim como indivíduos citados em relato, foram preservadas e utilizados, em substituição, pseudônimos. O paciente se chamará Paulo e a sua esposa, Sílvia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise qualitativa, a partir do método de História de Vida, permite o acesso a uma realidade que ultrapassa o narrador, isto é, eleva o relato pessoal a uma intrínseca relação com o âmbito social (GAULEJAQ, 2005). No caso específico, a realidade subjetiva do processo saúde, doença e cuidado em Saúde Mental, no Grande Recife.

Nos resultados, surgem temas centrais que direcionam o sentido da memória do paciente e esposa para determinados eventos, uma narrativa das experiências do adoecimento, assim como uma avaliação de determinados processos terapêuticos, familiares e sociais nos quais o paciente foi coparticipe.

Os principais temas foram os seguintes: Percepção dos primeiros sintomas antes do tratamento; médicos, psicólogos e terapeuta ocupacional particulares; avaliação dos atendimentos particulares; CAPS particular e atividades multidisciplinares; médico particular atual e psicóloga; avaliação do estado atual do processo saúde doença.

4.1 PERCEPÇÃO DOS PRIMEIROS SINTOMAS ANTES DO TRATAMENTO

A depressão é um transtorno mental que apresenta uma variada sintomatologia, que pode incluir sentimento de tristeza, angústia e desesperança; baixa autoestima; incapacidade de sentir prazer; ideias de culpa, ruína e desvalia; visões pessimistas do futuro e pensamentos recorrentes sobre morte, acompanhados de alterações somáticas abrangendo sono, apetite e atividade psicomotora (PICCOLOTO, 2000). Sobre isso, Paulo narra o seguinte, de modo lacônico e reticente:

Eu fiquei diferente, {perdi} um pouco de peso e muito [...] insatisfeito com tudo na vida. Nada é bom para você. Aquele pensamento recorrente. De morte, de coisa ruim [...] tragédia como um todo [...] sem dormir direito e às vezes dormindo demais [...] Insatisfação geral [...] O que eu fazia sem dificuldade, eu passei a não gostar mais de fazer.

Por sua vez, a esposa Silvia aborda o seguinte:

Vinte anos atrás, ele teve depressão também. Só que eu não convivía com ele e ele não fala desse tempo. É um tempo que não existe para ele. Em 2015, tinha horas que ficava falando em se matar, tinha horas que continuava dizendo que fez tudo errado, que a vida não tinha mais sentido. A autoestima dele lá embaixo [...] {pensamento recorrente} Uma coisa era: “Eu fiz tudo errado, eu fiz tudo errado”. Ele batia nessa tecla. Ele gostava de contar piada, gostava de contar causos, acabou tudo. Percebi que ele não queria que as pessoas o vissem do jeito que estava, que estava triste, que estava com depressão. Ele não aceitava a depressão.

Entender a análise familiar permite acessar um ponto de vista daquele que observa o sujeito, ou seja, a intersubjetividade permite visualizar o auto estigma do paciente, termo grego que remete a “marcar algo”. Para Goffman (1963), a teoria da estigmatização é um atributo que desacredita a identidade social, rotulando os indivíduos que tenham desequilíbrios psíquicos, como a depressão, com marcas indesejáveis que desestimulam a interação social. No caso do paciente, trata-se mais de um processo interno do que externo. Isso pressupõe o movimento de alguns sujeitos depressivos em ocultar a sua doença.

4.2 MÉDICOS, PSICÓLOGOS E TERAPEUTA OCUPACIONAL PARTICULARES

Em se tratando dos primeiros psiquiatras e psicólogos particulares, Paulo narra o seguinte:

Iniciei tratamento desde [...] dezembro de 2016. Eu comecei a perceber que eu estava diferente. {Buscamos tratamento} eu e minha atual companheira. Inicialmente, além de dois médicos particulares, fiz também terapia. Eu não {estava} gostando nem uma e nem outra e aí larguei. A terapia ocupacional veio junto com as seções de psicologia. O nome dos médicos eu não lembro.

Sobre essa fase do itinerário terapêutico, Silvia comenta:

Ele tinha ido para um médico em Olinda, mas a gente não gostou da consulta de forma alguma. A gente só foi uma vez. Aí eu não considero esse médico. [...] Aí quando voltou de Gramado, eu já procurei um outro médico. Foi em janeiro de 2017, daí a gente já passou a se tratar com Doutor Wilson por um ano. No CAPS, ele ficou também um ano. Seis meses ele ficou no trabalho em grupo. Mas em tratamento com o Doutor Wilson, ele ficou por um ano.

Paulo e a esposa Silvia procuraram tratamento em Saúde Mental, por ele estar se sentindo diferente. Entretanto, não houve a criação de um vínculo com os primeiros médicos e psicólogos particulares. Apesar de ser uma porta de entrada em Saúde Mental, o CAPS também oferta assistência aos casos de maior complexidade. Nesse dispositivo,

o paciente ficou seis meses em trabalho de grupo e um ano com o psiquiatra.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), no CAPS, em função da relevância da subjetividade do paciente, ficou instituído o Projeto Terapêutico Singular (PTS). São observadas as várias orientações. Acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e à socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas. Desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar, entre outros vieses, que visam à promoção de autonomia, de participação nas trocas sociais, e de ampliação de acesso e exercício de direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, incluindo depressivos. Contudo, assim como relatado por Paulo, a heterogeneidade diagnóstica nos grupos, em outras palavras, impossibilita, muitas vezes, a criação de vínculos entre ele e os integrantes do coletivo, gerando a evasão do paciente.

4.3 AVALIAÇÃO DOS ATENDIMENTOS PARTICULARES

Na avaliação de Paulo sobre os atendimentos particulares foi relatado o seguinte:

O particular é positivo porque era só uma questão de passar algum medicamento. Eles não eram psicólogos. Se você está com dor de cabeça, você toma o remédio passa. Você está com inflamação, alguma coisa, você toma antibiótico e fica bom. Mas essa parte de terapia se repete muito. Você termina descrente de você pode melhorar. Você acha que aquilo ali não está lhe fazendo bem não.

Continuando a avaliação, é esta a narrativa da esposa Sílvia:

Aí a gente foi pra Doutor Wilson, do CAPS, onde ele passou um ano se tratando. Só que ele não evoluía e depois fiquei sabendo também que tratamento de depressão, você deve ir mudando os remédios até achar um esquema que realmente seja bom pra aquela pessoa. E ele insistiu o tempo todo em uma medicação só, a bupropiona.

Alguns pacientes que apresentam resistência ao processo psicoterapêutico, ou mesmo com um o grau de sofrimento psíquico que dificulta esse acompanhamento, a medicação psiquiátrica pode funcionar como um alívio sintomático, por um lado, mas por outro pode contribuir para aumentar a acomodação do paciente. O serviço de psicoterapia, frequentemente, é um dos últimos recursos a ser procurado pelo paciente na tentativa de cura/alívio de seu sofrimento. Isso se deve a um conjunto de fatores, contudo, mais significativamente, a cultura medicalizante que traz em si uma promessa latente de cura/bem-estar/felicidade para o sofrimento humano (TAVARES, 2010). Sendo os

homens culturalmente afetados pelo silenciar do seu sofrimento, outra particularidade que é encontrada no manejo de alguns pacientes depressivos, como o Paulo, é a dificuldade em expressar os seus sentimentos. Segundo Almeida et al (2010), a incidência masculina dos transtornos depressivos pode ser compreendida como um fenômeno invisibilizado devido a fatores como o machismo e o preconceito social relacionado à saúde/ sofrimento do homem. Isso se reflete na presença do comportamento de “esquiva” - do indivíduo que evita falar sobre o seu problema -, o qual está intrinsecamente relacionado ao processo de negação do sofrimento psíquico.

A esposa aborda ainda a insistência na monoterapia pelo psiquiatra e a falta de escuta da observação de que ele não melhora. Essa manutenção da sintomatologia, ainda que com a terapia medicamentosa presente, é definida como depressão refratária. Nierenberg et al. propuseram um modelo no qual a depressão resistente/refratária seria um episódio que persiste apesar de qualquer tratamento com antidepressivos, em dose e tempo de duração adequados. A resistência do transtorno depressivo presente no paciente em discussão, pode se relacionar a uma etiologia classificada como depressão endógena, a qual tem sua causalidade pertencente aos fatores biológicos e/ou hereditários. Com isso, a inquietação da esposa, ao citar a monoterapia como erro, se relaciona com a necessidade aparente em ampliar o ensaio terapêutico do paciente Paulo. Sabe-se que há várias modalidades terapêuticas para a depressão maior. Os antidepressivos são a abordagem mais estudada e utilizada, embora ensaios clínicos mostrem que sua eficácia é reduzida. As taxas de remissão variam entre 37% e 46%. Aproximadamente 30% dos pacientes não apresentam remissão, mesmo após múltiplas tentativas de tratamento (ROCHA et al., 2016). Diversas estratégias farmacológicas são propostas para a depressão refratária. As principais são a substituição do antidepressivo, a potencialização do antidepressivo com medicamento não antidepressivo e a combinação de dois antidepressivos. Entretanto, as evidências para o emprego dessas estratégias são, em geral, insuficientes.

4.4 CAPS PARTICULAR E ATIVIDADES MULTIDISCIPLINARES

Em se tratando do CAPS, foi esta a narrativa de Paulo:

Eu fui para um CAPS, em 2017, que tem um atendimento e tarefas durante o dia, de segunda a sexta, sem ser internado. {A indicação} Veio de um amigo meu que é médico. Eu passei lá uns seis meses. Aí depois não gostei. Eles têm o atendimento psicológico, e tem um ambiente lá que você fica durante o dia fazendo exercícios de respiração, uma série de coisas. Discutir com outra pessoa, escutar o sentimento de outra pessoa. Terapia de grupo. Ia por vontade própria. {A atividade que mais gostava de fazer} Era yoga e pinturas.

No caso de Silvia, a observação foi a seguinte:

Foi indicado pelo médico da família e um psiquiatra pelo plano de saúde, o Doutor Wilson do CAPS. Eu apenas o deixava lá de manhã e buscava no fim da tarde. Ele ia duas vezes por semana e passava um período lá. Aí ele não gostava. O que mais incomodou ele foi a terapia de grupo, porque ele dizia que só tinha doido [risos], que as pessoas lá estavam muito doentes, e que ele não gostava. Não gostava porque pra ele não ajudava.

Paulo concordou com a indicação de um médico, reforçada também pelo fato de ser “amigo” dele. O tratamento durou apenas seis meses e ele não aborda os motivos por permanecer esse tempo. A esposa Silvia informa que a indicação veio de um médico de família e de um psiquiatra do plano de saúde, que trabalhava no CAPS. Ela aponta como possível incômodo, a falta de espelhamento do paciente na terapia de grupo onde havia a presença de pacientes psicóticos possivelmente em crise. Isso, como supracitado, parece reforçar a resistência de Paulo.

Outras críticas surgiram no relato de Paulo, a saber:

Para a minha vida não levei muita coisa não. Foi só um preencher de tempo. Achava que na minha cabeça não tinha muito sentido não. Foi então que eu deixei. {os atendimentos psicológicos e o CAPS} um dizia a mesma coisa que o outro. Ia fazer terapia ocupacional também. Alguns médicos passavam pouco medicamento, outros passavam muito e você terminava até você ficando sem vontade de ir.

As queixas apresentadas pelo paciente referentes às sessões de psicoterapia, são lidas pela sua esposa Silvia como uma fuga de eventos que marcaram negativamente seu parceiro, como relata a seguir:

Foram pessoas de confiança que indicaram o CAPS. Quando eu via que ele estava reagindo bem então me dava também esperança. Se ele não está achando bom, você rejeita. Eu considero que a terapia é um caminho para libertação dele, mas ele não consegue se libertar. Para ele é um caminho de tortura. Acho que determinados pontos do tratamento, bate em alguma situação do passado que magoa muito ele. Aí ele não aceita, ele não quer viver de novo aquela mágoa para poder curar. Ele não gosta até de passar na frente do banco onde trabalhava. Ele não coloca as emoções dele para fora. Faz treze anos que eu convivo com ele e eu nunca vi Paulo chorar. Quando tem alguma coisa que magoa ele, ou marcou ele de forma negativa, ele evita enfrentar aquele problema.

Segundo Cardoso (2011), os comportamentos de esquiva apresentados por sujeito com depressão podem ser observados em dois momentos distintos. O primeiro ocorre durante o período de instalação dos comportamentos depressivos. O indivíduo recebe punições, podendo ser autopunições, em seu ambiente diário em decorrência de diversos

fatores. O segundo ocorreria após a instalação do repertório depressivo. Por exemplo, Paulo começa a se culpar por ter se aposentado; começa a evitar passar em frente ao seu antigo emprego; aumenta o isolamento social por não querer estar em contato com seus colegas de trabalho. A emissão desses comportamentos permite com que o indivíduo evite entrar em contato com os estímulos aversivos condicionados (ABREU, 2006). Isso se torna notório, ainda, ao paciente evitar entrar em contato com suas memórias, relembando fatos que o tocam e, conseqüentemente, aumentando a evasão sessões de terapia ou serviços que retomem tais fatos.

4.5 MÉDICO PARTICULAR ATUAL E A PSICÓLOGA

Sobre o atual acompanhamento, referente à sua saúde mental, Paulo menciona:

Em 2018, procurei Doutor Nailson, o atual psiquiatra. Ele foi indicado por parentes. Já tive vontade de não querer voltar lá no profissional, mas de parar a medicação não. Ele é um cara muito preparado. Aí eu mensalmente eu tenho uma consulta com ele e com uma psicóloga e segui até hoje.

Em complemento, Silvia relata da seguinte maneira:

Minha irmã orientou para gente procurar Doutor Nailson. Só que ele era particular e a gente queria dar preferência a algum psiquiatra do plano de saúde. A gente foi. Aí Doutor Nailson começou dando remédio, aí ele falou da questão da agressividade de Paulo, que era efeito colateral do bupropiona, que é um remédio muito bom, mas nem todo mundo se dá. Paulo lá, com altos e baixos. Só em meados de 2019 foi que Dr. Nailson conseguiu realmente um esquema de medicação que desse pra Paulo. Paulo também se identificou mais com a consulta, mas já pensou em deixar também, mas no fundo ele vê que está dando resultado. Se não for não tem medicamentos. Além disso, a consulta do Doutor Nailson é diferente do Doutor Wilson porque com o outro médico, na mesma hora assim entrava eu e Paulo, e aí ele conversava conosco dois. Hoje, passa mais tempo sozinho Doutor Nailson e Paulo.

Tratar o paciente seguindo a metodologia da Medicina Centrada na Pessoa (STEWART, 2017), permite configurar e adequar condutas terapêuticas que melhor se adequam ao paciente. O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é dividido em seis componentes: exploração da doença e da experiência de doença; entendimento do ser na totalidade; elaboração de plano conjunto de manejo dos problemas; incorporação das dimensões de promoção e prevenção; intensificação da relação médico-paciente e “sendo realista”. Esses componentes configuram uma renovação na atuação profissional que possibilita e reconhece a autonomia do paciente, levando, como reconhecido pela esposa Silvia, a um diferencial terapêutico. Outra observação levantada pela esposa, ainda, é a presença da escuta trabalhada do profissional que confere uma mudança constante de

medicações, em decorrência da depressão refratária apresentada, que configurem o melhor esquema terapêutico para seu paciente e, com isso, minimizem a sintomatologia e o garantam uma maior qualidade de vida.

4.6 AVALIAÇÃO DO ESTADO ATUAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Ao ser questionado sobre a avaliação pessoal do seu estado atual, Paulo relata o seguinte:

Às vezes eu penso que surtiu algum efeito, às vezes não. No início eu não dormia bem, hoje em dia eu já durmo. Me vejo mais calmo, mas vez por outra, as ideias ruins voltam e você fica precisando ter muito controle para não se deixar levar por elas.

A partir do ponto de vista familiar, Silvia avalia sob tal narrativa:

Ele evoluiu. Em meados de 2018-2019 ele deu uma melhorada, porque ele muitas vezes criava na cabeça dele questão de perseguição. Desde quando eu percebi a questão da depressão, da crise de ansiedade, ele melhorou assim setenta por cento. As mudanças dele são muitos sutis. A questão dos pensamentos negativos, praticamente não tem mais a vontade de querer morrer. Ele pode até ter mas ele não verbaliza mais. Ele está mais receptivo, apesar de ainda muito calado, ele está mais comunicativo. Ele já pergunta alguma coisa, ele já interage de alguma forma.

A evolução positiva da depressão se configura a partir de um processo gradual, principalmente quando tal patologia se apresenta em uma forma refratária. A caracterização de episódios depressivos recorrentes cuja remissão sintomática total ou parcial pode determinar uma evolução para a cura ou para a cronicidade, direciona o prognóstico do paciente (VARANDAS, 2017). Observa-se, ainda, que a mudança, como descrita anteriormente, é mais bem observada pelo agente espectador - aquele que se encontra de fora -, como é o caso da esposa do paciente.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou, a partir do método de História de Vida - ferramenta de conexão e vínculo ao acesso coletivo -, se aprofundar no indivíduo considerando sua importância e singularidade. Entender o contexto de vida do paciente, interpretado por ele e pela esposa, permite acessar particularidades que o levaram a iniciar seu processo de cuidado no âmbito da saúde mental. Para Paulo, tudo o que sente não possui fatos desencadeantes às suas vivências, para ele sua história de vida não se relaciona ao transtorno depressivo. Porém, sua esposa Silva consegue direcionar atributos como o

início da aposentadoria, afastamento de amigos e estresses familiares em seu antigo casamento. Atribui essas vivências a um acúmulo de gatilhos que tomaram por se somar e apresentar um desequilíbrio emocional. Como se sabe, a depressão apresenta múltiplas etiologias possíveis e algumas inatingíveis pela explicação científica. Contudo, a presente pesquisa não visa minimizar a discussão a uma busca pela causa, mas sim possibilitar ao sujeito autonomia para contar sua história, para aproximar e aprofundar histórias a mais em conexão a sua transpassada.

O conjunto de instituições de saúde por onde o paciente realizou tratamento, nos permite interpretar os caminhos que levam ao acesso e manutenção do seu itinerário terapêutico. Ao se tratar da primeira procura por cuidado, o paciente e seu familiar não reconhecem os primeiros atendimentos como significativos, pois, não se sentiram acolhidos pelo atendimento. A partir de indicações de entes próximos, recorreram ao CAPS como sendo um sistema integrado que possibilitava múltiplas atividades de entretenimento e reintegração social, como yoga, pintura e terapia de grupo. Contudo, segundo uma avaliação partilhada entre ambos, a terapia de grupo se apresentava como algo negativo para o paciente. Isso se deve, pois, as práticas coletivas destacam a característica heterogênea dos indivíduos assim como, a presença do comportamento de esquiva que impossibilitava um diálogo profundo sobre seu problema, tanto explanado com o grupo como nos seus subseqüentes acompanhamentos psicoterapêuticos. E, atualmente, o paciente se encontra em um atendimento psiquiátrico que para ele e sua familiar, se reflete como algo positivo, com escuta trabalhada, atuando segundo a Medicina Centrada na Pessoa.

As avaliações relatadas pelo paciente se relacionam à minimização dos seus sintomas. Ao reconhecer que sua sintomatologia está diminuindo, Paulo consegue aumentar seu vínculo com o serviço pois, muitas vezes, a evasão e migração para outros profissionais se apresentava como uma nova esperança para sua tão almejada cura. Essa visão também é partilhada com a esposa, que afirma observar uma melhora de setenta por cento do paciente, como relatado anteriormente, e que pela depressão ser algo tão negativo em seus cotidianos, todas as suas ações de troca de serviço eram tidas como um movimento de renovação e diminuição de suas angústias. A familiar afirma, ainda, que essa esquiva em lembrar mágoas, bloqueiam seu processo de autoconhecimento e se tornar sujeito ativo completo do seu processo-saúde doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. B. L. et al. **A invisibilidade da depressão em homens: há lugar para dor no masculino?** Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq/EDUA – ISSN 1983-3415. Ano 3, Vol IV, Número 1, pág.28-45, Humaitá, AM, jan-jun, 2010.
- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.
- ARAÚJO, A.M. **Medicina rústica**. São Paulo. Companhia Editora Nacional, 1979.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 2011.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. In: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>. Acessado em 18/8/2018.
- CARDOSO, L. R. D. **Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão**. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez. 2011. ISSN 0103-7013.
- COULON, A. **Etnometodologia**. Petrópolis, Vozes, 1995.
- DALGALARRONDO, P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre, Artmed, 2008
- FERRETI, M. M. R. **Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças**. II Seminário Nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde. São Luís, 2003.
- GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista**. *O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019*. ISSN: 2238-9091.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 3 ed. Petrópolis, Vozes, 1992.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre, Artmed, 2009.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. University of California Press. Berkeley, 1980.
- MARTINEZ H.A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.
- MENDES, E. V. **As redes atenção à saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006 In: http://www.hlog.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Redes_de_Atencao_a_Saude.pdf. Acessado em 17/8/2018.

Nierenberg AA, Keck P, Samson J, Rothschild AJ, Schatzberg AF. **Methodological considerations for the study of treatment-resistant depression**. In: Amsterdam JD, editor. *Refractory Depression*. New York: York Raven Press; 1991. p. 1-12.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H. **Mulheres, loucura e cuidado: A Condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.2, p.82-94, 2008

PICCOLO, N. et al. **Curso e prognóstico da depressão: Revisão comparativa entre os transtornos do humor**. *Rev Psiquiatria Clínica*, 2000.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. **Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun, 2012.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA L.M.V., FORMIGLI V.L.A., CERQUEIRA M.P., KRUCHEVSKY L., TEIXEIRA M.M.A., BARBOSA A.S.M., CONCEIÇÃO P.S.A., KHOURI M.A., NASCIMENTO C.L. **O processo de distritalização e a utilização de serviços de Saúde Avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil**. *Cad Saude Publica* 1995; 11(1):72-84.

SILVA, A. P et al. **“Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de História de Vida**. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, Brasil. ISSN 1982 - 1913 2007, Vol. I, nº 1, 25-35

STEWART, M. J. B. B et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes . – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017. e-PUB.

TAVARES, LAT. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. ISBN 978-85-7983-113-3

TRAVASSOS C, VIACAVA F, PINHEIRO R, BRITO A. **Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social**. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5/6):365-373.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VARANDAS, P. **A Cura da Depressão: Mito ou Realidade**. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. Junho 2017, Vol. 15 - N.º 1.