



**SOFRIMENTO MENTAL
NA SAÚDE COLETIVA:
Desafios de cuidado
e tratamento**

Anúbes Pereira de Castro

Nívea Mabel de Medeiros

Polyanna Karinae de Moraes Wanderley Lacerda

Eduardo Sérgio Soares Sousa

(ORGANIZADORES)

ANÚBES PEREIRA DE CASTRO
NÍVEA MABEL DE MEDEIROS
POLYANNA KARINAE DE MORAIS WANDERLEY LACERDA
EDUARDO SÉRGIO SOARES SOUSA

(ORGANIZADORES)

SOFRIMENTO MENTAL NA SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS DE CUIDADO E TRATAMENTO

AUTORES

Aissa Romina Silva do Nascimento
Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa
Anúbes Pereira de Castro
Cláudia Maria Fernandes
Constantino Duarte Passos Neto
Cryslanny de Souza Maciel e Silva
Daniele Veloso de Menezes
Eduardo Sérgio Soares Sousa
Erlane Aguiar Feitosa de Freitas
Esther Alves Fernandes
Leandro Nonato da Silva Santos

Luciana Modesto de Brito
Luísa Marianna Vieira da Cruz
Márcia Janiele Nunes da Cunha Lima
Mary Luce Melquíades Meira
Nívea Mabel de Medeiros
Ozaniely Linhares de Freitas
Polyanna Karinae de Moraes Wanderley Lacerda
Raony Mangureira Lima Lopes
Rita Duarte Brito Dantas
Thaise de Abreu Brasileiro Sarmento
Victor Hugo Farias da Silva



Campina Grande - PB

2021

S681 Sofrimento mental na saúde coletiva : desafios de cuidado e tratamento /
Anúbes Pereira de Castro et. al...(Organizadores.). - Campina Grande,
2021.
pdf.

ISBN 978-65-86302-30-1
Referências.

1. Sofrimento Mental. 2. Assistência. 3. Família. I. Título.

CDU 613.86

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA ITAPUANA SOARES DIAS CRB-15/93

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFG
editora@ufcg.edu.br

Prof. Dr. Vicemário Simões
Reitor

Prof. Dr. Camilo Allyson Simões de Farias
Vice-Reitor

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves
Diretor Administrativo da Editora da UFG

Simone Cunha
Revisão

Yasmine Lima
Diagramação

Antonio Sandro Pereira de Castro
Capa

CONSELHO EDITORIAL

Anúbes Pereira de Castro (CFP)
Benedito Antônio Luciano (CEEI)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino (CH)
Valéria Andrade (CDSA)

SUMÁRIO

| | |
|----|--|
| 7 | PREFÁCIO |
| 9 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS |
| 19 | PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: REALIDADES VIVIDAS POR UM FIO |
| 25 | CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS |
| 33 | AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO EM PSICOPATOLOGIA |

| | |
|-----|--|
| 39 | DISCUTINDO O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL: O TRATAMENTO E O CONVÍVIO FAMILIAR |
| 45 | UMA ABORDAGEM EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL |
| 49 | CONVIVENDO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO |
| 67 | DEPRESSÃO: UM “MAL” CONTEMPORÂNEO |
| 73 | CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE |
| 87 | DESAFIOS PARA UMA CONSULTA INTEGRADA |
| 101 | CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| 104 | REFERÊNCIAS |
| 115 | ORGANIZADORES E AUTORES CREDENCIAIS |

PREFÁCIO

Esta obra foi escrita a várias mãos e surgiu após ciclo de debate temático no contexto do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde – GPVS/UFCG/CNPq, cujo tema proposto naquele momento era a saúde mental.

Muitas inquietações foram elencadas e muitos desafios foram apresentados, em especial para o tema aqui proposto, o sofrimento mental no universo familiar, visto que é uma discussão que urge por uma abordagem interdisciplinar que vem acontecendo, mas que não pode ser deixada de lado.

A partir daquele dia, embora já fizesse parte do eixo de discussão do grupo, algumas observações *in loco* passaram a ser visibilizadas e estratégias foram propostas para determinados grupos em Centros de Atenção Psicossocial–CAPS visitados.

Dessa discussão surgiram encaminhamentos para trabalhos de conclusão de curso – TCCs, ações sociais e diálogos com profissionais, usuários e seus familiares.

O fato é que esta obra revela a luz do campo teórico e prático que muitas mudanças ocorreram no contexto da saúde mental, apresentadas aqui, e em específico nessa construção teórica com significativas mudanças na saúde mental brasileira, entretanto ainda é preciso assistir as famílias para o cuidar, compreender, possibilitar

e repensar suas atitudes frente ao sofrimento mental e ao mesmo tempo não deixar de enxergar o outro, aquele que está presente cotidianamente e que precisa de base para saber lidar com esse universo e consigo mesmo, visto que há sentimentos muitas vezes negativos e conflituosos que oportunizam dificuldades no universo da convivência. Nessa proposta à família é necessário mostrar as potencialidades da pessoa em sofrimento mental.

Para que tal projeção seja possível, profissionais precisam continuar evocados à reflexão sobre diferentes desafios aprendados no contexto dessas famílias. Assim, a obra aqui, intitulada **SOFRIMENTO MENTAL NA SAÚDE COLETIVA: desafios de cuidado e tratamento** apresenta princípios de acessibilidade e universalidade do SUS como poder de resolutividade das ações em saúde mental para profissionais, usuários e família.

Que todos possam compreender esse universo e somar para uma construção coletiva e de prática efetiva no caminho da verdadeira saúde mental. Seguimos na luta!

PROFA. DRA. ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

Docente na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Doutora em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A saúde mental pública no Brasil, ao longo das últimas décadas, vem passando por transformações gradativas para atender a exigências, descontentamentos e revoltas (NETTO, 2019, p. 25) lançadas por trabalhadores de saúde mental, diversas categorias de profissionais de saúde, relatórios de congressos nacionais de saúde mental, conselho nacional de direitos humanos, usuários do SUS, familiares de pessoas com sofrimento psíquico, entre outros participantes e militantes da luta antimanicomial, movimentos e mobilizações promovidos pelo processo de Reforma Psiquiátrica. Segundo Amorim e Severo (2019) as reflexões, as discussões, as críticas, as estratégias utilizadas pela Reforma Psiquiátrica estão destinadas a enfraquecer a lógica manicomial, bem como as ciências positivistas, que, juntas, legitimam o ressurgimento do modelo asilar de tratamento a pessoas ditas “doentes mentais”.

A partir da década de 1970, especialmente nos anos 1980 e 1990, os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, influenciados e fortalecidos pelas Diretas Já e aberturas políticas com o fim dos governos militares, lançam, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, um ano depois, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Pouco tempo depois, mais precisamente no dia 19 de setembro de 1990, foi promulgada a “Lei nº 8.080, denominada a

Lei Orgânica da Saúde”, a qual lança algumas das principais diretrizes do maior sistema de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Tais acontecimentos não teriam sustentação legal sem a instituição deste sistema, uma vez que a proposta de reorganização da assistência psiquiátrica foi encampada pelo Estado brasileiro com a elaboração do Sistema Único a partir da Constituição de 1988 (PRATES; GARCIA; MORENO, 2013).

A título de compreensão, “o SUS é a estrutura organizacional sistêmica do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, promovendo a viabilização dos princípios e diretrizes desta política” (CAMPOS; MINAYO; AKERMAN; JÚNIOR; CARVALHO, 2014).

Ainda em consonância com o que foi dito acima, a reforma psiquiátrica visa oferecer às pessoas em situação de sofrimento psíquico um novo modelo de atenção à saúde e o redirecionamento do cuidado oferecido pelo Estado brasileiro a fim de extinguir condições de exclusão social e marginalização dirigidas, especialmente, a pessoas que vivenciam limitações ou necessidades específicas devido a crises psiquiátricas recorrentes. Tendo em vista as diretrizes estabelecidas pelo SUS, a legislação brasileira redireciona o modelo assistencial, em respeito aos direitos das pessoas em situação de sofrimento psíquico e (ou) demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, sejam quais forem suas intensidades ou níveis de severidade. Segundo Amorim e Severo (2019):

Esse projeto de mudança, representado em alguns Estados da federação por projetos de lei, é o resultado de um dos mais importantes processos de mudança cultural para a sociedade brasileira no final do século XX, que diz respeito a uma revisão dos aparatos científicos, administrativos, jurídicos e éticos, relacionados com a “doença mental” (AMORIM; SEVERO, 2019, p. 283).

Ao lançar mão de princípios como acessibilidade e universalidade do SUS, acreditamos que o poder de resolutividade das ações em saúde mental, com foco no cuidado integral priorizando as especificidades e as singularidades tanto territoriais quanto pessoais dos sujeitos são mais eficazes e potentes aqueles apresentados pelos modelos asilares (manicomiais).

As pessoas em situação de sofrimento psíquico devem ser assistidas e cuidadas no âmbito do SUS com humanidade e respeito, visando a estratégias de suporte e apoio territoriais direcionados a ativar autonomias, liberdades, emancipação e, o mais importante, desinstitucionalização, pois; “é importante que os profissionais fiquem atentos a outros dispositivos da cidade, sendo propositivos na apresentação e construção de novos espaços a serem experimentados [pelos sujeitos do cuidado]” (BONGIOVANNI; SILVA, 2019, p. 12).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Esta definição reflete a importância da saúde mental no mundo atual, onde se assiste a um elevado e alarmante aumento das perturbações mentais. Não se trata apenas da ausência de doença, mas sim de um bem-estar que nos permite responder de forma positiva às adversidades (PORTAL DA SAÚDE MENTAL, 2017).

A saúde mental possui dimensão ampla, que se constitui por diversos fenômenos complexos que estão em constantes transformações. Cada vez mais, os fenômenos relacionados à saúde mental variam gerando novas discussões, novos conceitos ou desconstrução de conceitos, tornando-se um campo fértil e necessário à realização de novas pesquisas. Saúde mental é um tema que envolve vários fatores, tais como sociais, financeiros, políticos, conceituais que interferem diretamente neste processo, estando e sendo influenciado sob esses fatores o sofrimento psíquico que acomete as pessoas (MORAES, 2010).

A criação da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Portaria Ministerial 3.088 de 23 dezembro de 2011, estabelece os pontos

de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, refere-se à oferta de diversos serviços em rede, tem por princípio estruturante aprofundar a perspectiva da desinstitucionalização, que consiste na ampliação de serviço de saúde mental em base territorial e comunitária, e que articule diversos segmentos sociais de modo a se afastar do modelo manicomial centrado na exclusão do usuário e de sua família do contexto social (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Nessa proposta de reconstrução da assistência psiquiátrica, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados conforme a Portaria do nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Constituem-se serviços estratégicos, substitutivos do modelo manicomial. São caracterizados por porte e clientela, recebendo as denominações de: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Estes devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de “pacientes”¹ com sofrimento psíquico severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Além disso, deverão funcionar independentemente de qualquer estrutura hospitalar. Nesse intuito, uma das propostas mais relevantes dos CAPS é a reinserção social do indivíduo e a promoção da inclusão na sociedade (GUEDES *et al.*, 2010).

Com os avanços do conhecimento e as mudanças na assistência psiquiátrica e em saúde mental, os profissionais de saúde que lidam com usuários destes serviços devem renovar seus conhecimentos, repensar suas atitudes e ações que influenciam a busca de mais conhecimentos para assumir com competência a tríade que apoia a qualidade da assistência: educação, pesquisa e prática da assistência psiquiátrica (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

Ainda segundo Girade, Cruz e Stefanelli (2006), a prática da assistência psiquiátrica tem exigido uma maior percepção das neces-

1. Esta palavra sempre virá com aspas para darmos ênfase ao sujeito do sofrimento, protagonista, ativo no processo de produção de prevenção e promoção em saúde mental.

sidades do paciente, e o profissional que lida com ele tem de desenvolver habilidades que lhe possam conferir maior competência para o melhor desempenho de suas funções, com educação contínua, principalmente no que se refere à cooperação interdisciplinar, com foco no cuidado que visa ao atendimento do paciente em todas as suas dimensões, independentemente do tipo de serviço em que atue.

Frente ao exposto e por entender que ainda existem lacunas a serem sanadas nos serviços de saúde mental, propõe-se aqui uma reflexão de mais estudos sobre o tema, como também a elaboração de um instrumento que facilite os planos de cuidados diários, garantindo assim a efetivação e o aprimoramento da assistência prestada. Partindo deste proposto, surgiu a seguinte indagação: com a elaboração de um instrumento de acompanhamento aos pacientes em sofrimento mental, é possível aprimorar a assistência prestada nos CAPS, no âmbito da assistência psiquiátrica? Considera-se que a assistência psiquiátrica necessita de aprofundamento técnico científico na construção da assistência diária, com mais valorização do serviço desempenhado no âmbito de trabalho, prestando cuidados de maneira individual e coletiva.

A elaboração de um instrumento para a realização de uma escuta qualificada, baseada em uma clínica ampliada, facilita a promoção de uma assistência sistematizada, assim como favorece a saúde mental e psiquiátrica nos Centros de Atenção Psicossocial.

Este estudo traz consigo um novo olhar em relação à assistência prestada nos Centros de Atenção Psicossocial, bem como a utilização de novas ferramentas do cuidado que devem configurar-se na esfera clínica e terapêutica. Tendo esse ideal como base, destaca-se a relevância deste estudo para a formação dos acadêmicos, profissionais da saúde e comunidade geral.

Isso posto, é preciso compreender que a “doença mental” acompanha a história da sociedade. Tal fato é evidenciado por Foucault (2019) em *A História da Loucura*, quando nos relata sobre as

“aventuras e desventuras” da “loucura” ao longo dos tempos até os dias atuais. O filósofo destaca que as pessoas em situação de “loucura” foram submetidas, ao longo da história, ao isolamento e à exclusão, sob a justificativa, dentre outras coisas, de que ofereciam risco à sociedade.

Pessoas em situação de sofrimento psíquico (seja ele grave ou não) possuem alterações no funcionamento da mente, as quais afetam o comportamento e o desempenho do indivíduo em variados aspectos da vida social e familiar, no âmbito do trabalho, dos estudos, da vida pessoal, da capacidade de relacionamento, da compreensão sobre si e outras pessoas, dentre outras diversas possibilidades (BORBA, 2010).

O sofrimento psíquico pode também ser conceituado como alterações na funcionalidade da mente que acarretam prejuízos no desempenho familiar, social, do trabalho, dos estudos, no relacionamento interpessoal, etc., trazendo-lhe danos à saúde e à vida (BORBA, 2010).

O sofrimento psíquico pode se apresentar de diversas maneiras, e a depressão é uma delas. Considerada o mal da contemporaneidade, que pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida e em diversas circunstâncias, a depressão se tornou uma epidemia mundial. Segundo o Ministério da Saúde (2019):

De acordo com estudo epidemiológico, a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a OMS, a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%. Segundo a mesma organização, a depressão situa-se em 4º lugar entre as principais causas de ônus e ocupa o 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida, 11,9%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Ainda no âmbito conceitual, a Organização Mundial da Saúde (2009) define depressão como um “transtorno mental” comum, na medida em que afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Contudo, até mesmo por conta de levantamentos e apresentações estatísticas como essas, o problema da depressão na contemporaneidade chama a atenção principalmente por conta da dimensão dos delineamentos e das formas, por vezes caricaturais, que tal problemática assume na atualidade (TAVARES, 2010).

Desde a década de 1990, a depressão vem ocupando lugar no ranking das doenças que mais acometem os seres humanos, e é por isso considerada um problema de saúde pública, correspondendo a 4,3% da carga global de doenças e a 11% das causas de incapacidade em todo o mundo; e configurando-se como uma doença que requer muitos gastos pessoais e governamentais (WHO, 2013).

A depressão é considerada o mal do século. Sendo assim, pesquisas comprovam que os índices de pessoas acometidas por um quadro de depressão clínica que, muitas vezes, pode ser fatal, aumentam a cada ano, demandando o aumento das consultas psiquiátricas e de psicologia clínica. Estima-se que a depressão ocupará o segundo lugar das doenças que mais causa incapacidade no mundo até meados do ano de 2020, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (RIO *apud* MELGOSA, 2009).

Com grande impacto no mundo, a depressão tem apresentado índices elevados nos últimos tempos. Por isso, é entendida como “o mal do século”, afetando entre 15% e 20% da população mundial, uma vez na vida ou atingindo a forma crônica ou recidiva (TEODORO, 2009).

O termo depressão pode ser designado como um conjunto de multifatores que atinge um estado afetivo normal, surgindo com um sintoma, uma síndrome ou outras comorbidades. Por isso, a depressão é patologicamente mais associada ao suicídio (TENG; PAMPANELLI, 2015). Existe a perda de existir e viver prazerosamente, de-

sencadeando vários danos à saúde, tais como: choro fácil, distúrbios do sono, alterações na atividade psicomotora, confusões mentais, sentimentos de culpa, incapacidade, distúrbios neurológicos, diminuição do libido, chegando ao mais grave como pensamentos de morte ou suicídio (APÓSTOLO, 2011).

Considerando o exposto, percebemos a importância de estudar o tema (que expõe situação atual de parte da população brasileira) ao nos nortear a seguinte indagação: quais as dimensões que levam a depressão a ser uma doença que mais acomete os seres humanos atualmente? Justifica-se por propor uma abordagem interdisciplinar e possuir uma relevância para a construção de fatores da depressão como o mal do século, doença que afeta o indivíduo no seu estado psicossocial com causas multifatoriais.

Partindo desse pressuposto, percebe-se o quanto devem ser aprofundados os aspectos que dimensionam a depressão como um transtorno mental alarmante para o futuro. O que, de fato, desperta curiosidade em pesquisar sobre a depressão é sua relevância a partir da experiência vivenciada como monitora da disciplina de saúde mental, da realização de visita técnica em CAPS e do desenvolvimento de atividades como integrante de projeto de extensão intitulado: Saúde mental: a consulta de enfermagem psiquiátrica implantada nos CAPS, na vigência de 2016.

A partir desse contexto direcionado à saúde mental e à enfermagem psiquiátrica, é perceptível que a depressão precisa ser compreendida, através de literaturas e entrevistas por portadores desse sofrimento mental, o qual é caracterizado por um transtorno do humor, acometendo a pessoa com uma mudança no seu comportamento. Assim, justifica-se este trabalho por dispor de uma abordagem interdisciplinar e possuir relevância para a construção de fatores da depressão como o mal do século.

O novo modelo de assistência à saúde mental, tendo em vista a posição intermediária entre a internação e a convivência comunitária,

permite que o portador de transtorno mental mantenha contato com o meio em que vive e, principalmente, com a família. Nesse sentido, a melhoria dos serviços voltados aos portadores de distúrbios mentais foi direcionada também pela importância da inserção da família na reabilitação do paciente. Dessa forma, o tratamento passa a ocorrer dentro do próprio meio social, preservando a cidadania do portador de transtorno mental (ESTEVAM *et al.*, 2011).

No processo de reabilitação do paciente, a família deve ser considerada como indispensável ator social, uma vez que a efetividade do tratamento psiquiátrico depende do acolhimento e da ressocialização do indivíduo. Nesse contexto, a inclusão da família no plano de cuidados oferecido ao paciente amplia a rede comunitária. Assim, como a família também passa por uma profunda reestruturação em sua rotina, é importante que o tratamento e as ações sejam direcionados não apenas às pessoas em situação de sofrimento psíquico, mas também à sua família (FERNANDES *et al.*, 2012).

Dessa forma, cuidar da pessoa com transtorno mental constitui um desafio para a família, envolvendo diversas dificuldades e sentimentos relacionados à convivência com um estado de saúde jamais esperado por nenhum membro da família. Além disso, é no âmbito da convivência que os próprios preconceitos dos familiares com relação à doença são evidenciados. Nesse sentido, compreender o transtorno mental e o portador implica vê-lo como ser marcado por possibilidades e potencialidades, mesmo em face das limitações geradas pelo transtorno (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

A convivência do paciente com a família nem sempre é harmoniosa, sendo marcada por conflitos e tensões, tendo em vista que, no espaço familiar, as emoções são mais facilmente expostas (NASCI-MENTO *et al.*, 2016).

Ressalta-se, portanto, a importância da participação da família no tratamento, no sentido de favorecer uma melhor convivência com o portador de transtorno mental, uma vez que, inserida no pro-

cesso terapêutico, a família tem a oportunidade de compreender a doença e, dessa forma, prestar uma melhor assistência.

Ademais, percebe-se uma necessidade de levar mais esclarecimento às famílias, visando favorecer sua participação no tratamento e, de posse de mais informações acerca da doença e do processo terapêutico, proporcionar uma convivência mais harmônica e positiva para todo o grupo familiar.

Com base nessa percepção, considera-se nesta construção os aspectos que envolvem o tratamento do transtorno psiquiátrico, as dimensões do transtorno da depressão e o envolvimento e os desafios da família convivente.

Para tanto, este estudo foi mediatizado pela metodologia da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2009), por permitir ao pesquisador o interesse de levantar dados relevantes ao diagnóstico das necessidades relacionadas ao seu problema de saúde, e por possuir caráter bibliográfico e abordagem qualitativa; além do mais, foi realizada uma investigação no município de Ipaumirim-CE, localizado na mesorregião do sul cearense, com dez famílias que convivem com uma pessoa com necessidades pontuais, derivadas de sofrimentos psíquicos; e também com vinte pacientes usuários do CAPS II, do município de Cajazeiras-PB, com diagnóstico de algum tipo de depressão, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10.

A construção científica se deu por entender a relevância de abordar o papel da família na convivência com o indivíduo portador de transtorno mental e da inquietude em encontrar um caminho claro e eficiente para planejar e implementar a assistência na presença do transtorno mental, contribuindo para a promoção de cuidados mais adequados às realidades dessa clientela.

Além disso, temos aqui a pretensão de incrementar a literatura específica, lançando novos olhares sobre os aspectos que caracterizam a convivência da pessoa com sofrimento psíquico com seus pares, e de promover uma assistência mais eficiente.

II

PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: REALIDADES VIVIDAS POR UM FIO

Como dito anteriormente, o sofrimento psíquico se apresenta de diversas formas e acometem as pessoas em diferentes graus de severidade, de maneira que é possível distinguir entre pessoas limitadas ao trabalho e outras atividades e aquelas em situação de incapacidade para exercer tais funções.

Trazendo uma breve definição do que é sofrimento psíquico, lançamos mão da categoria “transtorno mental” (sempre entre aspas, para dar centralidade ou foco ao sujeito do adoecimento):

Os “transtornos mentais” originam-se a partir de inter-relações dimensionais e multifatoriais relacionadas a respostas mal adaptadas a estressores de ordem intrapessoal – biológicas, genéticas e psicológicas; ambiental – relações interpessoais e exposição a estressores; e social – condições socioeconômicas e redes de apoio [...]. Podem ser também classificados como modificações do pensamento e/ou humor vinculado a intenso sofrimento psíquico, fomentando prejuízos pessoais, sociais e familiares. (FERREIRA, 2015, p. 23).

É importante ressaltar que a maneira pela qual se manifestam e são percebidas, as variadas formas de sofrer psicicamente são influenciadas, entre outras coisas, pela qualidade das relações e formas de estar no mundo; por determinantes econômicos, políticos, dos costumes, de saúde, financeiros, filosóficos, de habitação, de saúde básica, de acesso ao trabalho e bens de consumo; e por razões culturais, de maneira a considerarmos que existem variações culturais que não devem ser consideradas sofrimentos psíquicos, tais como a crença religiosa ou política, a ênfase com que algumas pessoas estão alinhadas a determinadas formas de pensar, entre outros exemplos (PIMENTA, 2008).

Nesse sentido, é pertinente sublinhar que:

As causas dos “transtornos mentais” permanecem até hoje obscuras perante a medicina, sendo tal patologia reconhecida não apenas por fatores biológicos, mas, sobretudo, por valores culturais. Assim, o adoecer psíquico é facilmente identificado, pois, em geral, os indivíduos que adoecem apresentam comportamentos “diferentes” daqueles normalmente aceitos pela sociedade, o que confere um caráter estigmatizante às pessoas com “transtornos mentais”. (OLIVEIRA; CIRILO; COSTA, 2013, p. 169).

Os “transtornos mentais” estão entre as principais causas de incapacidade no mundo e representam um impacto negativo de grande importância na vida das pessoas. O diagnóstico geralmente ocorre tanto pela análise das características psicológicas como por meio dos aspectos ambientais ou biológicos do paciente (BEZERRA, 2013).

Tendo em vista o conceito anteriormente apresentado de maneira breve, é importante ressaltar, em outros termos, que os “transtornos mentais” são tidos como as condições crônicas mais prevalen-

tes em todo o mundo, afetando pessoas em todas as idades e classes sociais e constituindo um importante problema de saúde pública. Os “transtornos mentais” correspondem a respostas mal adaptadas a aspectos estressores, de origem interna e externa ao indivíduo, sendo exteriorizadas por meio de pensamentos, sentimentos e comportamentos contraditórios, interferindo diretamente na convivência social e na vida física e funcional. Em consequência das características dos “transtornos mentais”, essa condição determina intenso sofrimento para o indivíduo, bem como para a família e para o meio social (FERREIRA, 2015).

“Transtornos mentais” de evolução crônica caracterizam-se comumente pela instabilidade na forma como manifestam sinais e sintomas, comportamentos, alterações de memória, pensamento, emoção e percepção. Dessa forma, no curso evolutivo do sofrimento, são observados episódios de alucinações, delírios, autoagressão, comportamentos impróprios e agitação psicomotora, entre outros (BORBA *et al.*, 2015).

Alterações de humor e comportamento associado a angústia e deficiência do funcionamento são característicos de pessoas com “transtornos mentais” e comportamentais, que causam um forte impacto na qualidade de vida de pessoas em situação de sofrimento psíquico, seja ele qual for. Além disso, o número de pessoas que sofre de agravos à saúde mental tem aumentado a cada dia e este resultado se enquadra principalmente no âmbito de países desenvolvidos, evidenciando que o sofrimento psíquico constitui um problema do mundo moderno. É cada vez mais frequente a identificação de sintomas relacionados à saúde mental no dia a dia dos adultos, dentre os quais podem ser destacados aqueles que indicam a depressão, que é uma doença que se caracteriza pela tristeza e pelo mau humor prolongado, entre tantos outros sintomas, e cujos fatores que levam à doença são vários, como perda de ente querido, divórcio, desemprego, entre outros (TADOKORO, 2012).

Pessoas com “transtornos mentais” em situação de desamparo de atenção, assistencial ou de cuidados, aumentam a demanda dos serviços de saúde e, na prática clínica, geralmente são identificados pelos sinais e sintomas, que indicam alterações da consciência, fala, comportamento motor, emoção, inteligência e percepção. Em geral, são sintomas que estão relacionados a comportamentos considerados normais que, no decorrer do tempo, passam a demonstrar graus de comportamento diversificados, transpondo a linha entre o normal e o patológico (SANTORO, 2011).

Para melhor caracterizar os “transtornos mentais”, finalizando esta breve abordagem conceitual, cabe enfatizar principalmente os transtornos esquizofrênicos e os chamados transtornos de humor. Os primeiros são caracterizados por apresentar, nas pessoas, embotamento afetivo e alterações que afetam sua sensopercepção e pensamento, quadro em que o “paciente” muitas vezes mantém a capacidade intelectual inalterada e os déficits cognitivos, que podem progredir ao longo do tempo, modificando o comportamento social e a forma como as pessoas reagem a determinados estímulos. Já os transtornos de humor compreendem alterações fundamentais do afeto e do humor, geralmente manifestados por meio de depressão associada ou não a sintomas de ansiedade, sintomas que podem ser recorrentes. As mudanças frequentes de humor podem estar associadas ao aumento ou à redução dos níveis de atividades (FERREIRA, 2015).

Destacamos que, historicamente, a família foi excluída do tratamento de pessoas com “transtornos mentais”, tendo em vista duas coisas principais: 1) a defesa de que a origem de alguns tipos de “transtornos” advinha da “deseestrutura familiar” e que, por isso, as pessoas em situação de sofrimento deveriam (para melhora ou cura) deixar o convívio do lar; e 2) em função disso, eram alijadas da sociedade e destinadas aos hospitais psiquiátricos, geralmente construídos distante das metrópoles, dificultando o acesso de quaisquer entes queridos ou mais próximos.

Além da ausência familiar no processo de cuidado e tratamento de pessoas com sofrimento psíquico severo, o modelo asilar-manicomial, representado pelos hospícios, recebia pessoas de variadas classes sociais e todas as “raças”, com predominância das mais pobres e dos(as) negros(as). Tais pessoas eram (e ainda são forçadas) a conviver em condições desumanas de higiene. Além disso, os “pacientes” são esquecidos nesses locais, sendo boa parte deles em situação de longa internação psiquiátrica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015). Muitas dessas instituições ofereciam formas de tratamento que incluíam o eletrochoque, a lobotomia e os castigos físicos (BORBA *et al.*, 2011).

III

CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

A Reforma Psiquiátrica foi um processo de transformação que abrangeu os diferentes níveis assistenciais, culturais e políticos, estendendo-se por várias décadas no sentido de romper com o estigma relacionado às pessoas com “transtornos mentais” e assegurar o direito da cidadania a seus portadores, para que pudessem conviver com a família, inseridos na mesma comunidade (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A criação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), de acordo com os princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988, preconizou a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. Dessa forma, o SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, um processo que alterou profundamente a forma como eram tratadas pessoas com “transtornos mentais”, incluindo o processo de extinção dos hospitais psiquiátricos e a garantia dos direitos de cidadania aos doentes mentais. Assim como o SUS, a reforma psiquiátrica no Brasil consistiu em um processo que incluiu a importante participação de diversos movimentos sociais e políticos (SANTOS, 2013; BRASIL, 1990).

Foi particularmente a partir da promulgação da Lei nº 10.216, em abril de 2001, que o Brasil efetivamente modernizou a legislação de maneira coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, protegendo os direitos das pessoas que sofrem psiquicamente e reorganizando o modelo assistencial em saúde mental (CARVALHO *et al.*, 2015).

Como parte desse mesmo processo, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), serviços com bases territoriais norteados pelos princípios do SUS e pela saúde pública, com objetivos específicos de atender à saúde mental da população brasileira.

Os dispositivos substitutivos do manicômio têm aumentado timidamente ao longo dos últimos anos. Apesar disso, promovem um ambiente mais apropriado para o tratamento específico e a reabilitação social de pessoas com demandas relacionadas a sofrimentos psíquicos ou necessidades psicossociais variadas.

Os CAPS foram criados a partir da reforma psiquiátrica, visando substituir o modelo manicomial, visto que tradicionalmente a psiquiatria (especialmente em situações de crises) opera a retirada de pessoas do convívio familiar para os hospícios ou hospitais psiquiátricos. A “terapia por meio da exclusão” não propicia recuperação, muito menos inserção social, mas sim agrava a vida das pessoas com “transtornos mentais” ainda mais.

Os CAPS representam um importante passo no processo de conquista de direitos dos indivíduos com “transtornos mentais”, visto que incorporam nas ações de saúde mental os princípios e as garantias preconizados pelos direitos humanos. O trabalho promovido nos CAPS envolve projetos terapêuticos, acompanhamento residencial e assessoramento ao usuário (BAROZA; SILVA, 2012).

O atendimento nos CAPS visa à ressocialização, ao cuidado em território (com a participação de variadas instituições e personagens), ao uso dos espaços urbanos, ao convívio social e com familiares de quaisquer pessoas em situação de sofrimento psíquico (seja ele

de intensidade severa ou não). A partir de então, redirecionamos as ações, antes centradas nos serviços e profissionais, agora focadas nos usuários e contextualizadas no território existencial das pessoas. Os usuários, antes privados e presos, agora têm a possibilidade de voltar a exercer atividades porventura interrompidas em razão da doença, trazendo benefícios e melhorias para o usuário de maneira gratuita e universalizada (SANTOS *et al.*, 2015).

Tomando como ponto de partida o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), a saúde mental, contribuída pelos princípios do SUS, pode fortalecer a atenção primária à saúde, com relação tanto à prevenção quanto à promoção da saúde, acessibilidade e integralidade do cuidado. Segundo Dimenstein, Lima e Macedo (2013 *apud* MERHY, 2005), tratar de integralidade em saúde mental nos impõe protagonismos dirigidos à estratégias inovadoras, inventivas, criadoras, no sentido de incorporar novos territórios, profissionais, serviços e comunidades que resultem num articulado coletivo dirigido a produzir ações resolutas e potentes de cuidado. Quebrar a tradição fragmentada na forma de concebermos saúde e redirecionar esforços para compor conexões entre campos de saberes diferenciados, com a participação de profissionais diversos e diferenciados que não somente Psicólogos ou Psiquiatras.

O problema do estigma deve ser superado com vistas a melhorar a assistência. O estigma representa uma grande barreira que afeta as pessoas que sofrem de “transtornos mentais”. Geralmente, essas pessoas são evitadas por familiares e amigos, principalmente nos casos de sofrimentos graves ou severos. São vítimas de violência, tratadas com preconceito e, muitas vezes, são até mesmo maltratadas fisicamente pela sociedade em geral (ROCHA, 2013).

Nesse sentido, uma das principais questões norteadoras desse processo foi a necessidade de construção de novas práticas, uma nova forma de organizar os serviços de saúde, buscando viabilizar inter-

venções mais eficazes, focadas não somente na doença, mas no indivíduo e em sua família, produzindo qualidade de vida e saúde para as pessoas. Nesse sentido, observa-se que:

A psiquiatria por muito tempo objetivou o sujeito ao colocar de lado o ser humano para centrar suas ações sobre a doença. O movimento reformista propõe justamente o inverso dessa relação, que a doença seja colocada entre parênteses para que as ações sejam dirigidas ao sujeito, em sua complexidade, peculiaridade e subjetividade. (BORBA, 2010, p. 16).

Tendo em vista que pessoas com “transtornos mentais” necessitam de suporte, apoio e tratamentos, a princípio, em geral, são utilizados medicamentos denominados psicofármacos, que atuam amenizando os sintomas para que outras formas de tratamento sejam conciliadas e os resultados almejados sejam alcançados.

A partir de 1951, com a criação dos primeiros antidepressivos – tais como a Iproniazida (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 93), o uso de medicamentos no tratamento de transtornos mentais passou a ser um recurso terapêutico aliado a outras práticas. Além disso, recursos como atendimentos psicológicos e outras estratégias de suporte e apoio em saúde mental foram incorporadas aos tratamentos realizados nos CAPS. A família, no modelo de atenção psicossocial, passou a ser aliada importante nesse processo de cuidados coparticipativos. Conseqüentemente ocorre a melhoria da qualidade de vida, uma vez que as **pessoas em situação de sofrimento psíquico severo** permanecem, na maior parte do tempo, convivendo com sua família (FERREIRA, 2015, grifo nosso).

Os medicamentos utilizados no tratamento de pessoas com “transtornos mentais” podem ser divididos em quatro categorias principais: ansiolíticos sedativos, antidepressivos, estabilizadores de humor e os antipsicóticos ou neurolépticos. Estes últimos são geral-

mente aplicados no tratamento de doenças psiquiátricas graves. O tratamento adequado depende de uma análise precisa sobre o conjunto de fatores que caracterizam o transtorno do “paciente”, tais como o estado emocional, o meio social e psicológico, entre outros, uma vez que cada pessoa ou usuário de serviço deve ser medicado com o agente específico e tolerante para seu estado, segundo o grau de desenvolvimento da “doença”, evitando a ineficiência do tratamento e até mesmo o risco de suicídio, quando se obtém uma ação demasiada para o quadro clínico, como uma dosagem superior à necessidade do paciente, por exemplo (BEZERRA, 2013).

Dessa forma, o efeito do psicofármaco depende da adequação ao contexto de necessidade do paciente, aliando o tratamento farmacológico às demais abordagens terapêuticas.

O atendimento oferecido nos CAPS abrange atendimento psicológico, psiquiátrico, bem como atividades ocupacionais e grupos terapêuticos. Através desse conjunto é que a melhora do estado geral do paciente é alcançada. Para tanto, o uso de medicamentos desempenha o papel de estabilizar o paciente para que as demais medidas sejam aplicadas. Entretanto, uma das características dos CAPS é que, nesses espaços, os usuários não permanecem em internação permanente ou constante atendimento, devendo voltar às suas casas ao fim do expediente ou quando assim o quiserem. Dessa forma, o conhecimento da família acerca da doença e do tratamento assume grande importância, uma vez que é no ambiente doméstico que a terapia tem continuidade (BAROZA; SILVA, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da rede de atenção psicossocial. Eles são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em

sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, e são substitutivos do modelo asilar (BRASIL, 2015).

Os CAPS – assim como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os (Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país –, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram implementados em vários municípios do país e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2015).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento (BRASIL, 2004).

Segundo Brasil (2015), o cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família. A

ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do usuário e dos demais envolvidos no processo, além dos CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de suporte, apoio e cuidados em saúde mental.

Os principais objetivos dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são: substituir o modelo asilar e compor cuidados de referência com foco nos territórios e na comunidade, com características de livre acesso e objetivados a produzir vivências sociais, coisas inexistentes no hospício. Em síntese: serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social (BRASIL, 2015).

De acordo com Brasil (2004), os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

A “loucura” na vida de uma pessoa é algo complexo e exige uma abordagem com diferentes profissionais e cuidadores para o atendimento das suas necessidades momentâneas e individuais. Para fazer frente a esse desafio, propõe-se a participação das equipes interdisciplinares na assistência prestada às pessoas com transtorno mental. Cada membro da equipe deve contribuir com a sua especialidade tanto no âmbito coletivo como no individual, buscando sempre o mesmo objetivo, minimizar os sintomas do transtorno (CARDOSO *et al.*, 2016).

Em consonância com o que foi dito acima, as orientações fornecidas pelos profissionais objetivam fortalecer o autocuidado de pessoas com “transtornos mentais” e seus familiares, além de mediar a sua livre circulação na sociedade e minimizar angústias e anseios possíveis em episódios de crises psiquiátricas.

Os familiares devem atentar para a presença de fatores capazes de “enfraquecer” o autocuidado em saúde mental da pessoa cuidada. Uma das práticas comuns é a disposição ou o “arranjo” dos objetos dentro da residência. Devemos organizá-los a fim de empoderar os usuários para a mobilidade, além disso, o acesso a materiais perfurocortantes deve ser evitado, entre outras que possam oferecer algum risco físico ou desequilíbrio psicológico (CARDOSO *et al.*, 2016).

Para Cardoso *et al.* (2016), os cuidados prestados no âmbito do CAPS situam-se em nível primário, comportando ações que minimizam o surgimento da doença pela modificação dos fatores que possam causar malefícios às pessoas, podendo ser na intervenção sobre suas consequências, sobre o surgimento da doença ou seu agravamento. As mudanças ocorridas no âmbito do cuidado centram-se na atenção profissional proporcionada à pessoa com transtorno mental e seus familiares. Acrescem ainda as intervenções nas suas interações com o contexto social que o envolve.

IV

AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO EM PSICOPATOLOGIA

A avaliação do paciente, em psicopatologia, é feita principalmente por meio da entrevista. Aqui a entrevista não pode ser vista como algo banal ou não pode ser subestimada ou ignorada. A entrevista, juntamente com a observação cuidadosa do paciente, é, de fato, um dos principais instrumentos usados pelo campo da psicopatologia para saber de informações acerca dos usuários dos serviços de saúde.

A partir da entrevista histórica e anamnética, o profissional de saúde pode obter informações valiosas dos usuários, além do conhecimento da dinâmica afetiva do paciente e, o mais importante, de planejamentos terapêuticos mais adequados. Extrair um conhecimento relevante do encontro com “o doente” e, neste encontro, agir de forma útil e criativa é um dos eixos básicos da prática profissional em saúde mental (DALGALARRONDO, 2008).

A entrevista psicopatológica permite a realização dos dois principais aspectos da avaliação: a anamnese, ou seja, o histórico dos sinais e dos sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, bem como os processos ligados às suas vivências sociais. Além disso, o exame psíquico, também

chamado exame do estado mental atual dos usuários, também pode ser mapeado no decorrer das entrevistas anamnéticas.

Anamnese significa *ana* = trazer de volta, recordar; *mnese* = memória, e é realizada através da técnica da entrevista. A anamnese é definida como a primeira fase de um processo, na qual a coleta dos dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência.

Segundo Santos, Veiga e Andrade (2011), no primeiro tempo das entrevistas anamnéticas, há quatro tipos diferenciados de dados a serem conhecidos, mapeados ou pesquisados, são eles: dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Estes podem ser obtidos utilizando-se: a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas, a revisão de prontuário e a colaboração de outros profissionais.

Para esses autores (2011), o exame físico, etapa relevante para o planejamento do cuidado na assistência ao paciente em transtorno mental, busca-se avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Este exame deve ser realizado de maneira sistematizada, através de uma avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo, utilizando as técnicas propedêuticas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Para isso, o profissional necessita de recursos materiais, tais como esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, diapasão, martelo de reflexo, espéculo de Collin, lanternas, otoscópios, luvas de procedimento estéril e não estéril, entre outros. Além desses instrumentos básicos para a realização do exame físico, o profissional deve utilizar os órgãos do sentido: visão, audição, tato e olfato para subsidiar o seu plano de cuidar/ cuidado.

No caso da enfermagem, para que a atuação tivesse um raciocínio mais crítico e clínico, surgiu o Processo de Enfermagem (PE),

que consiste em um instrumento metodológico empregado para favorecer o cuidado, além de organizar as condições necessárias para a sua ocorrência. Ressaltamos que o Processo de Enfermagem é embasado numa metodologia científica e contempla as seguintes etapas: levantamento de dados (histórico), diagnóstico, planejamento, execução e avaliação (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

A partir de Santos, Veiga e Andrade (2011), lançamos mãos da anamnese e do exame físico como partes integrantes de um processo de análise clínica, que consiste em um método sistematizado que o enfermeiro utiliza para a prestação de cuidados humanizados ao cliente, ao mesmo tempo em que auxilia os demais profissionais a tomarem decisões e avaliarem os diagnósticos, prevenindo complicações e facilitando o tratamento das pessoas que acionam cuidados. No contexto da medicina, a anamnese, na prática clínica, consiste na rememoração dos eventos pregressos relacionados à saúde, na identificação dos sintomas e sinais atuais, com o intuito principal de fazer entender, com a maior precisão possível, a história da doença atual que traz “o paciente” à consulta.

O exame físico representa um instrumento de grande valia no contexto da atenção em saúde mental, uma vez que permite a qualquer profissional validar os achados da anamnese, identificar problemas, definir hipóteses diagnósticas, planejar e implementar ações e acompanhar a evolução dos usuários dos serviços.

Como etapa relevante, procura-se por anormalidades, sinais objetivos e verificáveis que possam conter informações sobre os problemas de saúde significativos para a identificação do diagnóstico, subsídios essenciais para o planejamento da assistência.

A história clínica psiquiátrica, ou anamnese psiquiátrica, objetiva fornecer elementos para a formulação diagnóstica, incluindo a descrição detalhada dos sintomas e a identificação dos fatores de vulnerabilidade, precipitantes e perpetuantes da doença. Consiste,

ainda, em uma caracterização da personalidade, incluindo aspectos relativos ao desenvolvimento, aos potenciais e às fraquezas (ZUARDI; LOUREIRO, 1996).

No campo da saúde mental, a prática clínica, seja desenvolvida pelo médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros, envolve a dignidade, a criatividade, o acolhimento, a interdisciplinaridade, a escuta e o compartilhamento de saberes, reconhecendo o usuário do serviço e seus familiares como protagonistas na produção de sua autonomia e, portanto, merecedores de atenção (MESQUITA; SANTOS, 2015).

O exame psíquico é o exame específico da clínica psiquiátrica, o qual já se inicia no primeiro momento em que o avaliador encontra o paciente, seja na consulta ambulatorial ou em uma visita hospitalar. Toda impressão despertada ou comunicação gerada poderá ser útil para a sua construção. Para fins de documentação do paciente, o exame psíquico deve seguir a anamnese, os antecedentes e os hábitos do paciente, e estar acompanhado do exame físico clínico e neurológico (GUARNIERO *et al.*, 2010).

A avaliação psíquico-psicológica da pessoa que tem “transtorno mental” é importante, uma vez que nos trará informações importantes acerca da história do usuário. Alguns pontos, entretanto, devem ser aqui lembrados: A avaliação psíquico-psicológica (também neurológica) depende de anamnese bem colhida e de exame neurológico objetivo, que, se bem realizado, visa identificar topograficamente uma possível lesão ou disfunção no sistema nervoso central e/ou periférico. Neste, a presença de sinais neurológicos claramente patológicos e as assimetrias são aspectos muito relevantes. O médico sempre deve estar atento à assimetria da força muscular nos membros, dos reflexos miotáticos profundos e dos músculos cutâneos superficiais (DALGALARRONDO, 2008).

Para Cordioli, Zimmermann e Kessler (2004), o exame do estado mental é a pesquisa sistemática de sinais e sintomas de alterações

do funcionamento mental, durante a entrevista psiquiátrica. As informações são obtidas através da observação direta da aparência do paciente, da anamnese, bem como do relato de familiares e outros informantes como atendentes, amigos, colegas ou até mesmo autoridades policiais. O exame do estado mental não deve ser realizado apenas pelos psiquiatras, mas deve fazer parte do exame clínico do paciente, independente da sua morbidade.

É essencial não só para o diagnóstico de possíveis transtornos psiquiátricos, como pode também oferecer indícios importantes de transtornos neurológicos, metabólicos, intoxicações ou de efeitos de drogas. Para fins didáticos e de forma arbitrária, divide-se o funcionamento mental em funções na seguinte ordem: consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem.

Considera-se essencial, portanto, que o profissional, principalmente o que está inserido no contexto da saúde mental, seja capacitado e possua habilidades de maneira que identifique as necessidades das pessoas que possuem problemas relacionados, quaisquer tipos de problemas, quiçá aqueles ligados às suas necessidades específicas, e assim, conduza o cuidado, [ainda que] na presença de “transtornos mentais” (MESQUITA; SANTOS, 2015).

V

DISCUTINDO O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL: O TRATAMENTO E O CONVÍVIO FAMILIAR

Como parte do processo de assistência e cuidado, foram criados os CAPS, que, como dito anteriormente, constituem serviços de saúde pública voltados para atender à saúde mental da população brasileira. No Brasil, esses centros têm se difundido nos últimos anos, promovendo um ambiente mais apropriado para o tratamento específico e a reabilitação social de pacientes portadores de distúrbios psicossociais.

Os CAPS foram criados a partir da reforma psiquiátrica, visando substituir o modelo manicomial, visto que tradicionalmente a psiquiatria era exercida nas famílias através da retirada de membros mais frágeis, recolhidos a hospícios ou hospitais psiquiátricos em condições que não propiciavam a recuperação, mas sim aprofundavam ainda mais os transtornos já existentes. O trabalho promovido nos CAPS envolve projetos terapêuticos, acompanhamento residencial e assessoramento ao usuário (BAROZA; SILVA, 2012).

É importante destacar, a princípio, que praticamente em toda família existem tendências à saúde e à doença, e o fator mais relevante é a forma como a família enfrenta as situações de crise, o que depende da eficiência da comunicação e da afetividade entre

os membros do grupo. O adoecimento de um membro da família, especialmente quando se trata de uma doença crônica, grave ou de caráter duradouro, é sempre um evento que provoca um importante abalo, uma brusca mudança na rotina. Nessa perspectiva, o transtorno mental é uma das enfermidades que mais provocam impacto na família, implicando diversas dificuldades e, muitas vezes, culminando com o isolamento comunitário do indivíduo diagnosticado com o transtorno (BUDINI; CARDOSO, 2012).

Além de figurar como importante aliada do processo terapêutico para o tratamento do portador de transtorno mental, a família também necessita de cuidados em saúde. Dessa forma, na medida em que prestam o cuidado ao portador de sofrimento psíquico, os familiares dependem de apoio para estabelecerem uma rede de convivência saudável com o portador de transtornos mentais, bem como com os profissionais de saúde e com a sociedade (CAMPANA; SOARES, 2015).

Conforme já mencionado anteriormente, o diagnóstico de um transtorno mental em um membro da família gera ansiedade e tensão, fazendo com que o grupo necessariamente passe por uma reorganização, por mudanças na rotina para se ajustar à nova situação. A superação da carga emocional, bem como as obrigações materiais acarretadas pela doença, coloca para a família a necessidade da busca por alternativas de superação (BAPTISTA, 2011).

A complexidade da doença mental é caracterizada, entre outros fatores, por afetar o relacionamento com o portador em todo o seu âmbito de relações, alterando a personalidade e o modo de interagir com outros indivíduos. Os fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o aparecimento ou agravamento da “doença”, aprofundam as dificuldades de interação entre as pessoas em situação de sofrimento psíquico grave e a comunidade.

No atual contexto de atenção à saúde mental, a família assume um lugar de coparticipação e corresponsabilização fundamentais no

processo terapêutico do paciente. É importante destacar duas coisas: primeiro, é necessário que a RAPS de referência dos familiares seja operante e resolvida, no sentido de evitar sobrecargas, pois os familiares compartilham com os serviços de saúde, com o tratamento do ente querido, convivendo muitas vezes com situações de crise de difícil controle e ainda com a imprevisibilidade do estado de saúde dos “membros” em situação de sofrimento psíquico severo. Segundo, a internação a médio ou longo prazo dos usuários com “transtornos mentais severos” não é a melhor estratégia de tratamento ou de inserção social deles.

Ao longo do tratamento, é comum que a família adote posturas pessimistas com relação à possibilidade de melhora do ente querido. Muitas vezes, ocorrem crises recorrentes dos usuários, abandonos do tratamento, desmotivação da família com relação às perspectivas futuras e, quando necessária a intervenção dos serviços de saúde mental, alguns familiares se põem temerosos e resistentes. Situações como essas ressaltam a importância de os serviços de saúde inserirem, no circuito das suas estratégias de cuidado, os familiares, pois o seu fortalecimento representa a melhoria das oportunidades de recuperação do portador de “transtornos mentais” (BAPTISTA, 2011).

Na convivência com pessoas em situação de sofrimento psíquico, muitas vezes os familiares se veem na obrigação de destinar grande parte de seu tempo para cuidar do ente querido. Além disso, para muitos familiares, ter uma pessoa com “transtorno mental severo” em casa é motivo de vergonha, aspecto que evidencia a falta de informações sobre a doença (BUDINI; CARDOSO, 2012).

Nesse sentido, é fundamental que as ações dirigidas a familiares de pessoas em situação de sofrimento psíquico severo sejam estruturadas de forma a potencializar e favorecer a relação com os serviços de saúde mental, ressaltando que a família (ou seus representantes) tem importância fundamental na processualidade do cuidado em saúde mental destinado às pessoas que sofrem severamente desses

“transtornos”. O vínculo entre a pessoa com sofrimento psíquico severo, os serviços e a família poderá trazer os melhores resultados para o tratamento e, conseqüentemente, para a convivência (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Para aprofundamento dessa discussão, é relevante abordar algumas dificuldades vivenciadas pela família com relação aos usuários da rede de atenção psicossocial, tendo em vista a “doença”, o tratamento e as implicações para a convivência. Já foram mencionados alguns aspectos da convivência entre pessoas que sofrem severamente de “transtornos mentais” e suas famílias, geralmente caracterizada por aflição, angústia e tristeza da parte de ambos.

A família é tida como personagem fundamental para o desenvolvimento do ser humano, proporcionando uma dinâmica singular nas vivências experimentadas pelo indivíduo. Não se trata apenas de um conjunto de pessoas, mas de um contexto construído através de situações de crise vivenciadas, como também momentos prazerosos e diversos acontecimentos como nascimento, trabalho, estudos, casamento e situações adversas inerentes à condição de existir. A força dos laços construídos pela família é que determina sua capacidade para lidar com situações de dificuldade (BORBA *et al.*, 2011).

As famílias que convivem com pessoas em situação de sofrimento grave em saúde mental experimentam o temor e a insegurança, sentimentos muitas vezes relacionados às crises psiquiátricas. Quanto maior é o comprometimento psiquiátrico, maior é a possibilidade de surgirem comportamentos de difícil manejo e entendimento por parte dos familiares. Contudo, “o comportamento dos membros em situação de sofrimento”, muitas vezes, é desencadeado por estímulos do meio, a exemplo dos conflitos gerados na própria família (CAMPANA; SOARES, 2015).

A sobrecarga gerada para toda a família implica um ambiente de tensão constante, tomando todo o tempo de, pelo menos, parte dos membros da família, que veem suas vidas se resumindo ao cui-

dado ininterrupto do portador de sofrimento psíquico. A doença acaba se tornando o centro da vida dos familiares (MACHADO; SANTOS, 2012).

Esses aspectos ressaltam a importância do trabalho com a família ao longo do tratamento voltado aos portadores de transtornos mentais, especialmente tendo em vista o papel fundamental desempenhado pela instituição familiar e, nesse contexto, a necessidade de potencializar a ação benéfica ao tratamento, proporcionada pela família. Sabe-se que muitos não têm conhecimento suficiente para compreender o transtorno mental, uma deficiência que favorece erros e até mesmo atos desumanos, deixando de assegurar ao paciente as necessidades básicas (CAMPANA; SOARES, 2015).

A necessidade do uso de medicamentos também deve ser ressaltada junto às famílias cuidadoras, destacando os horários específicos para administração da medicação e a importância do cumprimento de todas as medidas terapêuticas. Partindo dessa ótica, quando a família compreende a importância desse cuidado e as necessidades do ente querido, cuja saúde é comprometida pelo “transtorno mental”, a convivência deixa de ser pautada somente na doença em si e ganha novos ingredientes, tais como o compromisso da família no cuidado ao doente, o conhecimento sobre como se desenvolve a doença e a importância de atender às necessidades básicas do indivíduo portador (MARTINS *et al.*, 2013).

O cuidado resolutivo em saúde mental, com a coparticipação dos familiares de pessoas em situação de sofrimento psíquico severo, portanto, depende também do auxílio de um serviço especializado, o qual deve esclarecer as dúvidas e orientar com relação às dificuldades (in)existentes ligadas ao sofrimento dos entes queridos. Quando a família e a comunidade estão devidamente preparadas para receber a pessoa com sofrimento mental severo, torna-se possível agregar mais qualidade de vida ao usuário e à família (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Enfim, a escuta atenta às necessidades da família, para além do cuidado voltado ao indivíduo com sofrimento psíquico, é uma dimensão que deve ser priorizada no âmbito da saúde mental, tendo em vista que a convivência harmônica e saudável é de importante relevância para o tratamento e a reinserção dos usuários na comunidade e na sociedade. Essa convivência, conforme já relatado, depende de uma intervenção eficaz que ofereça as informações necessárias sobre a doença, além das possibilidades e responsabilidades da família.

VI

UMA ABORDAGEM EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

A reforma psiquiátrica surge no Brasil com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de sofrimento psíquico, resgatando sua cidadania e liberdade, com a promoção de atenção à saúde mental eficiente, eficaz e de garantias aos direitos humanos, por meio da redução das internações manicomiais, da participação da família como corresponsável na reabilitação e reintegração social, associada à expansão e às melhorias no atendimento ambulatorial, além da reavaliação das práticas profissionais (SILVA; SIMPSON; DANTAS, 2014).

A prática psiquiátrica surge concomitantemente ao aparecimento dos primeiros hospitais psiquiátricos na Europa do século XVIII. Antes da invenção dos primeiros psicotrópicos, nesses locais, desenvolviam-se funções desde a vigilância, a execução de tratamentos prescritos e a insulinoterapia. Com a invenção dos antidepressivos e antipsicóticos, houve a supervisão e o controle da aplicação destes medicamentos realizada pelo pessoal auxiliar, até as atividades administrativas (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

A inserção da temática do relacionamento terapêutico na enfermagem começou com Florence Nightingale, no século XIX, que dizia ser necessária uma relação direta entre enfermeira, paciente e

sua família; e através dessa relação, seriam transmitidas todas as informações acerca das condições de saúde e perspectivas de reabilitação (KANTORSKI; PINHO; SCHARANK, 2003).

O relacionamento terapêutico no contexto psiquiátrico entre enfermeiros e outros públicos, no contexto da saúde, teve total atenção nos estudos de Hildegard Peplau, em 1952, e de Joyce Travelbee, em 1960, que concentraram suas técnicas psicoterapêuticas e as somaram à intervenção tradicional em enfermagem psiquiátrica.

Nas primeiras décadas do século XX, o trabalho de enfermagem nos hospitais psiquiátricos brasileiros era cercado de preconceitos, por ser associado ao trabalho manual ou por ser visto pelas pessoas como atividade degradante e insalubre. No entanto, o ingresso no hospital psiquiátrico podia representar não apenas um meio de sobrevivência, mas também uma alternativa de profissionalização. Dessa forma, as enfermeiras percebiam este tipo de atividade não como trabalho manual, mas como trabalho intelectual, em função da necessidade de escolarização específica. Assim, o trabalho de enfermagem significou a possibilidade de ascensão social, embora mantivesse a subordinação ao médico (ESPERIDÃO, *et al.*, 2013).

Segundo Vilela e Scatena (2004), o processo de busca que permeia a prática da enfermagem psiquiátrica implica capacidade de observação disciplinada e desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda. Os autores apontam como requisito básico para essa prática a capacidade de amar, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. As atividades da enfermagem devem estar acima da cientificidade técnica; portanto o enfermeiro deve usar a autoconscientização e a sua pessoa como meio para a relação positiva com o sujeito. Assim, o enfermeiro não deve resolver os problemas do sujeito, mas sim trabalhar com ele, buscando encontrar a solução mais adequada para a sua condição, usando seus conhecimentos e habilidades profissionais.

A medicina, no âmbito psiquiátrico, geralmente, possui um olhar para o tratamento medicamentoso, tendo em vista que a “doença” é o que se desejava tratar, não permitindo enxergar o paciente em sofrimento mental como um ser que requeria cuidados a partir de uma dimensão psicossocial.

A descoberta das “monomanias” (conceito que define a loucura sem a ocorrência de delírio) constitui uma resposta satisfatória, tanto para a psiquiatria, como profissão que, por seu intermédio, estende o âmbito de sua atuação legítima, como para a instituição da justiça, que vem, assim, a classificar convenientemente casos não catalogáveis dentro de suas próprias categorias. Uma constatação importante, porém, é que a definição de doença mental, no caso das monomanias, não decorre, aí, do quadro teórico nem da prática experimental da psiquiatria, mas sim da questão prática da inclusão, ou não, de um objeto no âmbito institucional da justiça *ou* da psiquiatria. (VIEIRA, 1981).

Em dezembro de 2001, aconteceu a terceira Conferência Nacional em Saúde Mental, cujo relatório final reintegra as premissas dos relatórios anteriores, enfatizando os seguintes aspectos: política de saúde mental e organização de serviços, dando princípios e diretrizes; responsabilidade dos gestos, planejamento e pesquisas, políticas de recursos humanos, destacando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional com investimento em educação, informação e comunicação; auditoria, controle e avaliação; desinstitucionalização, considerando a superação do modelo asilar; produção dos serviços substitutivos, dos serviços residenciais terapêuticos; trabalho e geração de renda; controle da internação psiquiátrica e acesso à rede de atenção do hospital geral, assistência farmacêutica e exames com-

plementares; a intersetorialidade, atenção a criança e adolescente; e atenção à população usuária de álcool e drogas (MENDES; CASTRO, 2005).

A Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ela representa, no Brasil, um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais; foi aprovada após doze anos de sua apresentação pelo então Deputado Paulo Delgado.

A reforma psiquiátrica reconhece, pela primeira vez, “o louco” como cidadão, buscando regulamentar suas relações com usuários de serviços de saúde, profissionais de saúde, profissionais do direito, a sociedade e o Estado, uma vez que atribui a cada um o seu papel no tratamento (BRASIL, 2001).

A partir das Conferências em Saúde Mental, a pessoa que sofre psicologicamente passou a ser visto com “outro olhar”: como uma pessoa que necessitava de cuidados específicos e psicossociais, passando a ser tratado em dimensão que considera a complexidade de suas existências, e não visto como uma necessidade de se tratar apenas a doença.

VII

CONVIVENDO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

No desejo de compreender e reconhecer a relação família/pessoas em situação de sofrimento mental severo, apresentamos aqui as características compostas por dez famílias da UBS Sede I e seis famílias da UBS Sede II que convivem, pelo menos, com um membro em situação de sofrimento psíquico severo. Como critério de inclusão em nossa pesquisa, respeitaram-se familiares cadastrados nas UBS mencionadas, que aceitaram participar da nossa coleta, nas seguintes condições: familiares maiores de 18 anos e convivendo com o portador de transtorno mental há mais de seis meses. Para auxiliar nossa coleta de dados, optamos por um roteiro de entrevista semiestruturado, formado por um conjunto de questões objetivas e subjetivas. Tal instrumento nos ajudou na captação de informações acerca da rotina da família, da percepção sobre a “doença mental” e das implicações no cotidiano de convivência.

Para compreendermos essa caracterização, inicialmente, são apresentados dados sociodemográficos dos sujeitos que participaram do estudo. Para isso, foram elencadas algumas categorias importantes, tais como: faixa etária, gênero, estado civil, número de pessoas residentes e renda salarial (conforme demonstrado na Tabela 1). Em

seguida, são abordados dados relevantes da pesquisa com base nos itens investigados.

Os dados do questionário foram organizados para uma análise quanti-qualitativa, com algumas questões subjetivas e outras que ofereceram ao participante algumas opções de resposta. Todas as perguntas referem-se a diferentes situações vivenciadas pelos familiares de portadores de algum tipo de transtorno mental.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

| VARIÁVEIS | F | % |
|---------------------------------|-----------|------------|
| UBS | | |
| Sede I | 07 | 70 |
| Sede II | 03 | 30 |
| FAIXA ETÁRIA | | |
| 30-40 anos | 04 | 40 |
| 41-51 anos | 01 | 10 |
| 52-62 anos | 02 | 20 |
| Acima de 62 anos | 03 | 30 |
| GÊNERO | | |
| Feminino | 09 | 90 |
| Masculino | 01 | 10 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Solteiro (a) | 05 | 50 |
| Casado (a) | 03 | 30 |
| Separado (a) | 01 | 10 |
| Viúvo (a) | 01 | 10 |
| Nº DE PESSOAS RESIDENTES | | |
| Até 2 pessoas | 01 | 10 |
| Até 3 pessoas | 02 | 20 |
| Mais de 3 pessoas | 07 | 70 |
| RENDA SALARIAL | | |
| Um salário | 06 | 60 |
| Dois salários | 02 | 20 |
| Mais de dois salários | 02 | 20 |
| TOTAL | 10 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

De acordo com os dados apresentados acima, a maior parte dos participantes estava cadastrada na UBS Sede I, com 7 (70%) da amostra. Com relação à faixa etária, prevaleceu a idade entre 30 e 40 anos, representando 4 (40%) do total de participantes. Um dado igualmente expressivo foi o percentual de sujeitos com idade acima de 62 anos: 3 (30%) da amostra.

Acerca do gênero e estado civil dos participantes, 9 (90%) eram do gênero feminino e 5 (50%) indicaram ser solteiros (as). Com relação ao número de pessoas residentes 7 (70%) dos participantes afirmaram conviver com mais de 3 pessoas em uma mesma residência. Por fim, quanto à renda salarial, a maior parte dos sujeitos entrevistados indicou possuir renda de apenas um salário-mínimo, representando 6 (60%) da amostra.

Os dados revelam, portanto, que a maior parte das famílias é composta por vários membros, a maior parte delas possui baixos índices de renda salarial, evidenciando a situação de dificuldades socioeconômicas enfrentadas por essa população. Em muitos casos, a composição das famílias visitadas se distanciou do modelo nuclear, com pais e filhos, apresentando também pessoas de diferentes graus de parentesco.

Em um estudo realizado com doze familiares responsáveis pelo cuidado de portadores de transtorno mental, contatadas através do cadastro em uma Unidade Básica de Saúde, demonstrou-se que a maior parte era casada e com faixa etária de 60 a 69 anos (OLIVEIRA; CIRILO; COSTA, 2013).

Ademais, dois estudos realizados com familiares de portadores de transtorno mental também apontaram caracterização sociodemográfica semelhante, porém objetivos de estudo ligeiramente diferentes. No primeiro, Nascimento *et al.* (2016) constataram a predominância do gênero feminino e a faixa etária entre 41 e 60 anos, em um estudo com dezenove familiares entrevistados. Já no estudo conduzido por Estevam *et al.* (2011), participaram doze famílias como

informantes, sendo que em duas delas foi identificado mais de um portador de transtorno mental. Nesse estudo, prevaleceu o gênero masculino, sendo que alguns possuem ocupação e contribuem para a renda familiar.

Tendo em vista os resultados alcançados no presente estudo com relação à caracterização sociodemográfica dos participantes, especialmente quanto ao gênero e à idade dos familiares, depreende-se que, na maior parte dos casos, as mulheres atuam como cuidadoras dos portadores de transtorno mental, sendo que a faixa etária sempre varia por, muitas vezes, serem estas a mãe do paciente.

Com relação aos dados relevantes à pesquisa, os gráficos a seguir demonstram os resultados alcançados quanto aos itens do roteiro de entrevista aplicada aos participantes.

GRÁFICO 1 – DADOS RELEVANTES À PESQUISA DE ACORDO COM A PERSPECTIVA EM CONVIVER COM O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL (AMOSTRA = 10)



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

De acordo com as informações representadas no Gráfico 1, a maior parte dos entrevistados afirmou que a convivência com o portador de transtorno mental é difícil, representando 7 (70%) dos participantes. Entre os demais, 3 (30%) afirmaram que a convivência é estressante, ao passo que nenhum participante considerou as opções tranquila ou harmoniosa no que diz respeito ao convívio com o pa-

ciente. Entre as categorias trabalhadas, alguns familiares relataram como essa dificuldade é vivenciada, conforme é possível perceber através de alguns relatos transcritos a seguir:

Para mim é sofrimento, ver ele nessa situação e não ter cura; e ele se transforma de uma hora para outra, a gente tem medo, mas não pode fazer nada. (Familiar 6).

É ruim porque ela sai de casa, às vezes, ela não toma remédio. Fica agressiva... tem dias que fica calma, tem dia que ajuda nas atividades de casa. (Familiar 7).

É possível observar, de acordo com os relatos, que a convivência dos familiares com os portadores de transtorno mental geralmente é difícil, marcada por medo e insegurança, pela agressividade do portador e pelo sofrimento de toda a família, fato que indica falhas na assistência recebida pela família em relação às formas de lidar com o paciente portador de transtorno mental.

A instabilidade do paciente também é apontada como importante motivo de sofrimento, uma vez que a mudança de humor e comportamento é repentina e pode representar risco para familiares ou para outras pessoas que, por desconhecerem características da doença, muitas vezes chegam até mesmo a não compreender as dificuldades vivenciadas.

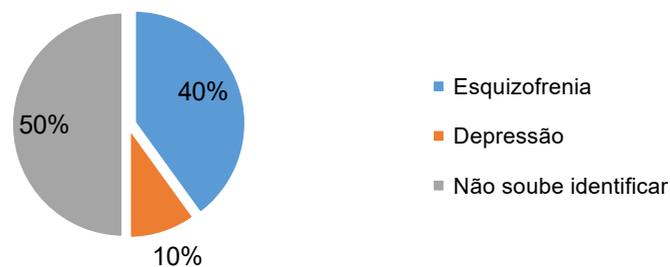
Segundo Borba *et al.* (2011), o cuidado à pessoa portadora de transtorno mental sempre representa um desafio para a família, pois envolve sentimentos relacionados à vivência diária com a possibilidade de crises e imprevistos, além dos seus próprios preconceitos com relação à doença. Dessa forma, é importante que os familiares sejam capazes de perceber o ser humano por trás da doença, suas capacidades e possibilidades. Apesar do desgaste que ocasiona, a melhor forma de cuidar do portador de transtorno mental é em meio à sua família.

As dificuldades no cuidado aos portadores de transtorno mental são evidenciadas através das preocupações, da impaciência, dos incômodos ou sentimentos de medo pelo comportamento do portador. A sobrecarga atinge toda a família, mas especialmente o membro que se responsabiliza por cuidar do paciente, administrar medicamentos e desenvolver uma vivência melhor.

Nesse sentido, observa-se que, na maior parte dos casos, as dificuldades enfrentadas pelos familiares repercutem nas relações desenvolvidas com o portador de transtorno mental, gerando condutas que nem sempre são ideais para o tratamento, como isolamento do paciente no ambiente doméstico, medo de se aproximar e conviver com o familiar e, até mesmo, a internação psiquiátrica.

É certo que a convivência com o portador de doença mental, do ponto de vista dos familiares, é constantemente marcada pela tristeza, angústia, impotência e um misto de outros sentimentos, principalmente por não haver a perspectiva de cura para um paciente que, no passado, segundo o relato dos familiares, muitas vezes era uma pessoa normal, que possuía ocupação e amplas perspectivas de vida.

GRÁFICO 2 – DADOS RELEVANTES À PESQUISA DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO MENTAL (AMOSTRA = 10)



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Neste Gráfico 2, observam-se três categorias, em que 4 (40%) dos participantes relataram que o transtorno mental foi diagnosti-

cado como esquizofrenia, 1 (10%) apontou a depressão e um fator preocupante é que 5 (50%) dos familiares entrevistados na pesquisa não souberam identificar o transtorno que o portador possuía.

As respostas transcritas a seguir demonstram, ainda, que alguns familiares relatam alguns sinais e sintomas apresentados pelos portadores, referindo principalmente a agressividade e a mudança do comportamento.

Esquizofrenia é a doença dele, mas eu não sei as características. (Familiar 1).

Epilepsia e esquizofrenia, ouve vozes, bipolaridade. (Familiar 2).

O diagnóstico é esquizofrenia e as características que ele apresenta é risos sem motivos, escuta vozes e visões. (Familiar 3).

Não sei identificar. Agressivo, ouve vozes, violento. (Familiar 7).

A esquizofrenia pode ser definida como uma doença mental de evolução crônica, geralmente se manifestando na adolescência ou no adulto jovem, podendo apresentar diversas características que afetam diferentes áreas psíquicas. Os sintomas mais comuns são delírios, alterações do pensamento, alucinações, redução da motivação e alterações da afetividade. Em decorrência dos sintomas, o paciente pode desenvolver ideias falsas, sensação de estar sendo observado ou perseguido, ouvindo vozes. O paciente pode perder a capacidade de reagir emocionalmente e apresenta tendência ao isolamento social (BRASIL, 2013).

No estudo realizado por Ferreira (2015), o transtorno afetivo bipolar foi o mais presente entre os sujeitos da amostra, seguido pela esquizofrenia e pelo transtorno depressivo recorrente.

O Caderno da Atenção Básica sobre a saúde mental, publicado pelo Ministério da Saúde, define os principais tipos de transtornos

mentais. As perturbações depressivas afetam o estado de espírito, reduzem a energia e a atividade, a alegria, o interesse e a capacidade de concentração (BRASIL, 2012a). Fobias e perturbações compulsivas fazem com que o portador evite situações ou suporte com terror, expresse pensamentos obsessivos e perturbantes frequentemente, sendo que os comportamentos compulsivos se repetem sucessivamente. Já a psicose afetiva é um distúrbio dos afetos e do humor que pode aparecer ou não associado à ansiedade e provocar estímulo simultâneo da energia e da atividade (BRASIL, 2013).

Frete aos relatos dos participantes no presente estudo e tendo em vista ser a esquizofrenia o transtorno mais frequente, é importante que os familiares saibam lidar com as situações que podem ser criadas em razão do sofrimento psíquico.

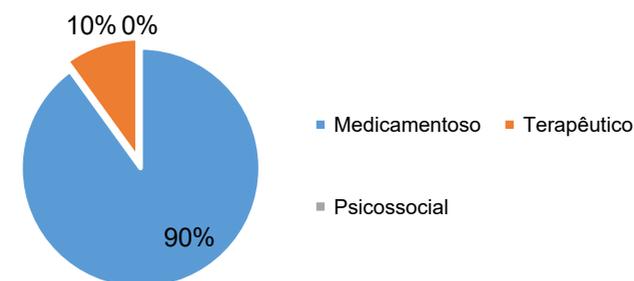
É preciso criar um ambiente saudável para as pessoas que sofrem com a esquizofrenia e outros “transtornos”. Destacamos, também, questões ligadas ao preconceito, à discriminação e ao estigma, tão presentes no dia a dia de pessoas que têm esquizofrenia. Essas três categorias anunciam cotidianos potencialmente estressantes ou angustiantes para essas pessoas, pois, além de outros efeitos, produzem “ranhuras” nas relações, isolamento, medo, podendo fortalecer crises psiquiátricas das mais variadas.

O contexto de cuidado à pessoas que tem esquizofrenia é desafiador, a família geralmente é leiga acerca da “doença”, não sabendo manejar as vicissitudes ligadas às crises psiquiátricas, principalmente. Aos profissionais de saúde de referência desses familiares, cabe a obrigação de repassar informações sobre as mudanças que os pacientes podem apresentar caso não realizem cuidados de maneira adequada, principalmente se não tomarem a medicação em horários prescritos.

Os familiares não souberam identificar o tipo de “doença mental” dos seus membros, em virtude da falta de assistência dos profissionais de saúde voltada também para a família, e não somente

centrada no manejo da “doença”. O maior envolvimento entre os familiares das pessoas em situação de sofrimento mental e os profissionais de saúde favorece a troca de informações e mais conhecimento sobre o diagnóstico.

GRÁFICO 3 – DADOS RELEVANTES À PESQUISA DE ACORDO COM O TRATAMENTO QUE REALIZA ACOMPANHAMENTO COM O PORTADOR (AMOSTRA = 10)



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Segundo o Gráfico 3, o principal tratamento acompanhado pelos familiares que participaram da pesquisa é o medicamentoso, representando 9 (90%) das respostas, sendo que em apenas 1 (10%) dos casos existe acompanhamento terapêutico.

Apesar de existirem os Centros de Atenção Psicossocial, com várias terapias que auxiliam outros tipos de tratamento ao portador, ainda encontramos uma prevalência na realização apenas do tratamento medicamentoso, tendo em vista que, para os familiares, a importância em tratar a doença se dá através do uso de medicamentos controlados.

Durante a pesquisa, foi questionado aos participantes acerca dos cuidados que os familiares desenvolvem em conjunto com o tratamento. Porém, todos os participantes responderam que atuam no tratamento tão somente com relação aos horários para administrar a medicação, demonstrando que não há um acompanhamento

para desenvolver tratamentos terapêuticos diferenciados, como a arteterapia.

De acordo com Coqueiro e Fernandes (2011), a arteterapia é um recurso terapêutico que envolve saberes de várias áreas do conhecimento, sendo uma prática interdisciplinar que valoriza o autoconehecimento e a transformação. É uma forma de ajudar os indivíduos a perceberem novas possibilidades de construções e reconstruções, novas formas de se relacionarem com o mundo e consigo mesmo, através de técnicas e materiais artísticos. Para esse trabalho, diversos materiais são utilizados, tais como papel, pincéis, tintas e telas para pintura, argila, material reciclável, entre outros.

Já o tratamento medicamentoso foi desenvolvido principalmente nas últimas décadas, passando a ser amplamente aplicado em todo o mundo. São fármacos antidepressivos, como fluoxetina, bupropion e imipramina, entre outros; e antipsicóticos, como haloperidol, clorpromazina, entre outras classes. Por fim, a psicoterapia é a forma de tratamento de transtornos mentais na qual o terapeuta aplica técnicas psicológicas. Essa forma de tratamento pode ser realizada pelo psicólogo clínico, enfermeiros e outros profissionais de saúde (BAROZA SILVA, 2012; BEZERRA, 2013).

Segundo estudo realizado por Campana e Soares (2015), a maior parte dos familiares responsáveis pelo cuidado a portadores de transtorno mental afirmou que o tratamento medicamentoso era o principal meio de controlar a doença, atuando na melhora dos sintomas e acalmando os portadores nos momentos de crise. Contudo, os autores concluíram que a estratégia de tratamento utilizando fármacos muitas vezes pode consolidar práticas e conflitos que não trazem o bem-estar ao paciente nem à família. Além disso, os efeitos colaterais dos fármacos também merecem atenção, pois, muitas vezes, na busca por controlar sintomas da doença mental, os possíveis malefícios dos medicamentos deixam de ser considerados.

A procura pela assistência profissional é uma alternativa não muito aceita por alguns familiares de “doentes mentais”, pelo fato de alguns terem a convicção de que o tratamento da “doença” só é possível através do uso de medicamento, não permitindo a realização de algumas terapias alternativas ou substitutivas aos psicotrópicos.

Observa-se que todos os familiares participantes da pesquisa compreendem as mudanças de humor, a ansiedade e os outros sintomas apresentados pelos portadores de transtorno mental em função da doença. Os relatos dos familiares foram os seguintes:

Entendo porque, antes de apresentar esse transtorno, ele era uma pessoa trabalhadora, disposta, era uma pessoa normal. (Familiar 3).

Eu entendo que ele é doente e tenho paciência com ele. (Familiar 5).

Compreendo, sei que não é porque ele quer, quando ele começa a ficar agitado, inquieto, ele está entrando em crise. (Familiar 6).

Entendo que é devido à doença. (Familiar 8).

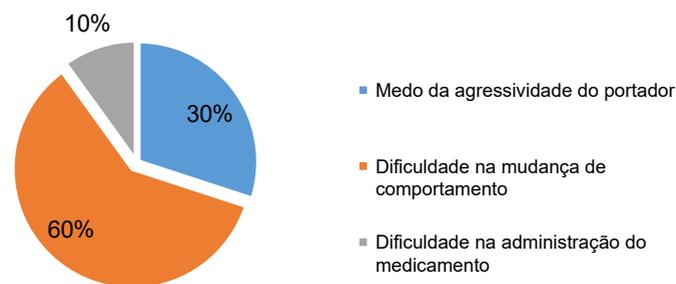
Observa-se que a família passa por uma adaptação quando um membro é diagnosticado com algum tipo de transtorno mental. Ocorre uma mudança na rotina que afeta particularmente o familiar que se abstém de outras atividades para se dedicar ao cuidado do paciente. Entretanto, há uma falta de preparo para lidar com novas situações, pois, se antes o paciente era uma pessoa normal, com o surgimento do transtorno mental muitas vezes passa a se comportar de maneira imprevisível. Além disso, o adoecimento frequentemente ocasiona para a família um aumento de despesas, visto que, se antes o portador do transtorno trabalhava e contribuía para a renda familiar, dependendo da gravidade da doença, pode ser necessário se afastar de suas funções. Quando a família não conta com apoio pro-

fissional na adaptação e convivência com o portador de transtorno mental, muitas vezes há um desconhecimento com relação à doença e suas manifestações (BESSA; WAIDMAN, 2013).

As mudanças de humor, ansiedade, agressividade, entre outras manifestações da doença mental, produzem uma sobrecarga objetiva e subjetiva nos familiares. A primeira se refere à dificuldade socioeconômica da família, tal como condições de moradia, autonomia do portador, renda salarial, ônus decorrente da doença, entre outras, ocasionando custos que muitas vezes estão além das possibilidades da família. Já a sobrecarga subjetiva refere-se à percepção de cada um sobre o transtorno que afeta o familiar, os incômodos e as preocupações que são gerados, ou seja, uma combinação das dificuldades objetivas enfrentadas pelos familiares, que acabam criando impactos negativos para toda a família (CAMPANA; SOARES, 2015).

Quando os familiares não conhecem os sinais e sintomas da doença, não compreendem a evolução do quadro clínico, as orientações por parte dos profissionais de saúde são imprescindíveis e devem ser claras o suficiente para que todos possam compreender as mudanças de comportamento do portador de transtorno mental, contribuindo, assim, para o manejo da doença em certas situações.

GRÁFICO 4 – DADOS RELEVANTES À PESQUISA DE ACORDO COM AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA CONVIVER COM O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL (AMOSTRA = 10)



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

No Gráfico 4, são representadas as respostas dos entrevistados a respeito das principais dificuldades encontradas na convivência com o portador de transtorno mental. As categorias encontradas foram: a dificuldade na mudança de comportamento em 6 (60%) das respostas; o medo da agressividade do portador em 3 (30%) dos casos; e a dificuldade na administração do medicamento em 1 (10%) dos participantes. Os relatos dos entrevistados estão transcritos a seguir:

Temos várias dificuldades: não ter domínio sobre ele com relação ao uso de bebidas, que por conta disso o risco é maior para entrar em crise, o medo de não poder evitar que ele no momento que está agressivo mate alguém porque, se não sustentar, ele faz mesmo, já chegou a agredir as pessoas e matar animais com cacetadas. Essas são algumas das dificuldades. (Familiar 4).

Porque ele não quer morar comigo, não me atende. Eu tenho medo dele quando ele muda de comportamento. Não aceita ir para o hospital e nem que eu dê a medicação dele, quer tomar sozinho e eu fico com medo dele não tomar. Ele se isola e não quer conversar com ninguém, fica só deitado. (Familiar 7).
Porque às vezes ela fica agressiva comigo, chama nome feio, já chegou a jogar uma concha em mim, cortou e saiu sangue. (Familiar 8).

São muitas dificuldades, até porque, quando ele tá em crise, ele fica muito agressivo, tem que tá supervisionando e não durmo direito porque tem que tá atento a ele. (Familiar 10)

Os relatos demonstram que a convivência com os portadores de doença mental frequentemente envolve a agressividade contra o próprio familiar. A dificuldade de administrar medicamentos e o medo de que o doente venha a agredir outras pessoas também são uma preocupação expressa por alguns dos participantes entrevistados.

Observou-se que, para alguns familiares, o cuidar do portador de transtorno mental é algo que traz intenso sofrimento, uma tarefa sem fim, que parece se complicar mais a cada dia. A convivência geralmente traumática é marcada pela iminência de uma crise ou uma mudança de comportamento abrupta. As famílias acabam colocando a doença como centro de suas vidas, pois dificilmente conseguem estabelecer outras relações.

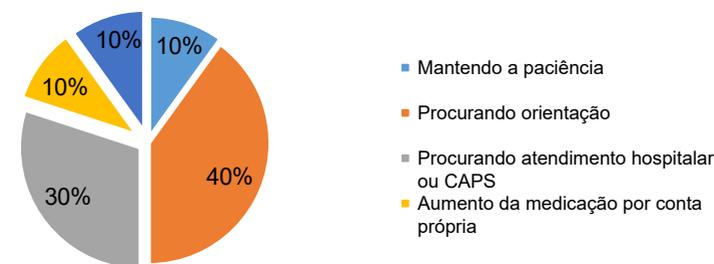
De acordo com Campana e Soares (2015), é necessário cuidar não apenas do portador de transtorno mental, mas também da família, tendo em vista a intensa sobrecarga e as dificuldades que precisa atravessar. O cuidado voltado às famílias e, especialmente, aos familiares que cuidam do portador de transtornos mentais deve permear as principais dificuldades do cotidiano e proporcionar acolhimento aos cuidadores, para que não venham também a adoecer de alguma forma. Ainda segundo esses autores, muitos familiares acabam se tornando clientes dos serviços de saúde mental, tendo em vista a intensa sobrecarga emocional que vivenciam diariamente.

Nesse aspecto, os relatos dos participantes evidenciam que a convivência com o portador de transtorno mental traz preocupações constantes com relação ao doente, insegurança com o futuro e, principalmente, quando o familiar possui idade avançada e não possui conhecimento da doença. É importante observar que a condição de familiar não preparado para a situação de convivência pode trazer um forte impacto para a qualidade de vida, pois existe uma severa limitação da rotina em função dos cuidados ao portador.

Nesse sentido, ressalta-se que o cuidado da família com relação ao portador de transtorno mental necessita do apoio dos profissionais de saúde, uma vez que a reforma psiquiátrica toma como prioridades a cidadania, o acesso aos serviços e a reabilitação psicossocial do portador. Sabe-se da importância da participação da família no tratamento do sujeito portador de transtorno mental, mas, ao mesmo tempo, fica claro que muitas famílias dependem de assistência

e orientação para poderem fornecer aos portadores os cuidados necessários.

GRÁFICO 5 – DADOS RELEVANTES À PESQUISA DE ACORDO COM A FORMA COMO A FAMÍLIA LIDA COM OS MOMENTOS DE CRISE PSIQUIÁTRICA DO PORTADOR (AMOSTRA = 10)



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O Gráfico 5 expressa os resultados da pesquisa com relação às formas como os familiares lidam com os momentos de crise psiquiátrica do portador, destacando os comportamentos que são adotados para conter a crise. Observa-se, através desse gráfico, que a maior parte dos participantes procura orientação, representando 40% da amostra. Outros 30% informaram procurar atendimento hospitalar ou Centro de Atenção Psicossocial–CAPS. Ainda há 10% mantendo a paciência, e aumentam a medicação por conta própria, sem indicação médica ou orientação, em (10%) da amostra; e os demais (10%) dos participantes não souberam informar.

Os relatos transcritos a seguir evidenciam que a maioria dos familiares de portadores de transtornos mentais busca orientação médica ou de profissionais do CAPS quando percebem a aproximação de uma crise. Foram mencionados, ainda, o Agente Comunitário de Saúde e o Conselho Tutelar, eventualmente procurados para conter crises psiquiátricas dos portadores infantis. Entre esses relatos, temos:

É uma situação difícil e constrangedora, ele passa por mais tempo em crise do que melhor, então nunca se sabe o dia de amanhã, então ele precisa estar preso por trás de uma grade porque não tem condições de ficar solto. (Familiar 1).

Quando ele fica pior, a gente procura o médico. (Familiar 3).

Quando ele não está em crise, é como uma criança, é normal, mas quando está em crise se torna muito difícil de lidar com ele, por se tornar agressivo, ele se transforma, ameaça de morte, se deixar, ele faz mesmo. Então é ruim de todas as formas por saber que antes ele era uma pessoa normal e hoje se encontra nessa situação. Nós não podemos ficar tranquilos porque a qualquer momento ele pode entrar em crise. (Familiar 5).

Muito difícil, logo que conhecemos que ele vai surtar, levamos para o hospital, onde ele é sedado para ser transferido para um hospital psiquiátrico em outra cidade. (Familiar 6).

Eu me sinto mal, fico ruim porque ele chega a se trancar e preciso pedir ajuda a minha agente de saúde, ela chama o Conselho Tutelar e eles vêm abrir a porta por cima do telhado. (Familiar 8).

É difícil de lidar porque ele fica muito nervoso, então a gente leva ele para o CAPS e eles mudam o remédio e a gente volta. (Familiar 9).

Segundo expressam Nascimento *et al.* (2016), lidar com situações de crise é sempre uma tarefa complexa, pois exige intensa participação da família e de profissionais de saúde. Estratégias que podem ser adotadas para o manejo da crise podem envolver, entre outras, as visitas domiciliares; a observação contínua, o acolhimento; a presença da equipe de saúde para acompanhar a prescrição; a elaboração de cartilha com orientação sobre os cuidados nos momentos de crise; a responsabilização pelo cuidado medicamentoso; as orientações aos familiares sobre a importância dos sentimentos de carinho e com-

preensão; a implantação de oficinas especificamente voltadas para crises no CAPS; e outras atividades.

Com relação às respostas dos participantes da pesquisa, a maior parte afirmou buscar orientação, mas também foi mencionado o aumento da medicação por conta própria, como forma de controlar a crise, independente de orientação nesse sentido. Isso demonstra que há uma necessidade de acompanhamento e supervisão às famílias de portadores de transtorno mental, auxiliando no cuidado e orientando a respeito do manejo de crises.

Ainda existe uma tendência de manutenção do modelo biomédico, priorizando o uso de medicamentos e a hospitalização. Dessa forma, os familiares e os portadores de transtornos mentais são ainda mais prejudicados pela ausência de uma rede específica em saúde no município, tendo que se deslocar para outros municípios, necessitando de uma assistência que poderia potencializar a capacidade de cuidado da família.

O acolhimento nesses serviços deve ser voltado não somente aos doentes, mas à família, tendo em vista que os familiares não sabem lidar no momento da crise. Essa assistência deve produzir na família o sentimento de que também está sendo cuidada. Dessa forma, as intervenções realizadas tanto no CAPS como na ESF são importantes para valorizar a família enquanto cuidadora do portador de transtorno mental.

VIII

DEPRESSÃO: UM “MAL” CONTEMPORÂNEO

Tem-se discutido muito que a depressão é o mal do século. E, sem dúvida, a depressão é uma das doenças psíquicas que mais afeta direta ou indiretamente a população no mundo. Em pleno século XXI, estudos mostram que, de dez pessoas, metade ou até mais tem o transtorno da depressão (RODRIGUES, 2016).

A intensidade da “doença mental” acontece segundo alguns determinantes realçados por diferentes modelos de pensamentos, diferentes culturas, crenças religiosas, políticas, históricas, dos costumes, etc. Quando o preconceito, o estigma e a discriminação imperam no cotidiano dos familiares, há o fortalecimento das crises e a produção da “doença”. Isso ocorre quando o meio social não aceita suas formas de pensar, ser e agir, ocasionando o surgimento de transtornos mentais (PIMENTA, 2008).

Alterações do funcionamento do humor e comportamento associado à angústia e diminuição do funcionamento são característicos de transtornos mentais e comportamentais, causando uma consequência na qualidade de vida de quem é portador da depressão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009), o número de pessoas que sofrem agravos à saúde mental tem se agravado na atualidade e este resultado é proveniente, também, do enfraquecimento dos determinantes de saúde (renda, habitação, desenvolvimento social,

acesso a trabalho, acesso a lazer, etc) no âmbito dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, por isso é denominado um problema de Saúde Pública do mundo moderno.

É cada vez mais constante a identificação de sintomas relacionados à saúde mental no dia a dia dos adultos, entre os quais podem ser destacados àqueles indicativos de depressão, que é uma doença que se caracteriza pela melancolia e tristeza prolongadas. Entre tantos outros sintomas, os fatores que levam à doença são vários, como desemprego e alterações no estilo de vida (TADOKORO, 2012).

A depressão caracteriza-se como um distúrbio multifatorial da área afetiva ou do humor, envolvendo aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como sintomas principais e bem característicos o humor deprimido e a perda do prazer de viver, ocasionando uma diminuição e restringindo o portador de exercer suas atividades (CARREIRA *et al.*, 2011 *apud* NÓBREGA *et al.*, 2015).

Segundo Kehl (2009), vivemos em uma cultura que dá ênfase ao consumismo, à impaciência e à necessidade de segurança. Diante disso, parecemos viver em contradição: ao mesmo tempo em que se fornece espaço para expor suas manifestações, tendo um aumento no índice de adoecimento por depressão; por outro lado, vivemos em uma sociedade em que este espaço se mostra reduzido, pois há uma ausência de afinidade, fazendo com que a depressão seja evidenciada como um sintoma social.

A depressão é considerada um grave problema mental de saúde pública, evidenciado como um dos transtornos mentais mais comuns, caracterizado por tristeza, perda de interesse em atividades cotidianas e diminuição da energia; é também um dos fatores mais prevalentes que proporcionam incapacidades como também a utilização dos serviços de saúde (FUREGATO, 2005).

Em relação ao perfil epidemiológico da depressão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 9,5% das mulheres e 5,8% dos homens irão passar por um episódio depressivo em qual-

quer momento da sua vida, que durará pelo menos 12 meses, mostrando um aumento nos próximos vinte anos (WHO, 2001; SOARES; CAPONI, 2011).

Estima-se que a depressão seja o principal transtorno mental e está em quarto lugar no ranking das doenças que mais afetam os seres humanos no mundo. Em 2020, está projetado que a depressão atingirá a segunda colocação no ranking, chegando a acometer cerca de 121 milhões de pessoas no mundo durante sua vida, sem distinção de raça ou gênero. No Brasil, existe uma estimativa de que 10 milhões de pessoas apresentam depressão, segundo dados do Ministério da Saúde, mantendo um custo de 43 bilhões de dólares anuais em tratamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Estudos mostram que de 5 a 10% das pessoas precisam de ajuda para tratar a depressão e que de 8 a 20% das pessoas estão predispostas a desenvolver em qualquer fase da vida o transtorno da depressão (WHO, 2001; CORREIA; BORLOTI, 2011).

No estudo realizado por Silva (2016), foram analisados os fatores de risco para evidenciar a predisposição do surgimento de transtornos mentais, assim se destacam a hereditariedade genética e ser do sexo feminino; por sofrer alterações hormonais, seria um fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Mulheres em sua juventude que já tenham sido diagnosticadas com o transtorno constituiriam um grupo de risco elevado.

Em relação ao relacionamento social insatisfatório, foi agregado o desenvolvimento da depressão apenas a mulheres. Os autores relatam que traços pessoais e característicos, como autoestima, idade, sexo e história anterior de depressão, influenciam a possibilidade de surgimento de depressão, como fatores ambientais e “eventos estressores da vida” (CORREIA; BORLOTI, 2011).

A atual política de saúde mental brasileira está fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas diretrizes da reforma psiquiátrica, preconizando a remissão do sujeito com sofri-

mento psíquico ao manter como principal meta sua reinserção na sociedade (BRASIL, 2013).

Para que a depressão seja diagnosticada, é necessário que os sintomas persistam por um período superior a duas semanas, sendo estes recorrentes e independentes da idade, que poderão causar importantes prejuízos psicológicos e de comportamento social. Com a correria do dia a dia, muitos são os fatores extrínsecos e intrínsecos que influenciam o surgimento do transtorno, fatores psicológicos e sociais são vetores que atuam no declínio das funções cognitivas e mentais e acabam afetando o corpo e a mente, provocando e alterando o processo biopsicossocial. É importante destacar que um dos fatores que precipitam a depressão é justamente o estresse acumulado da rotina do dia a dia, como também a predisposição genética (ANDRADE; BOZZA, 2010).

De início, a história clínica deverá ser investigada, assim como um exame físico e neurológico completos são extremamente importantes, em virtudes de outras comorbidades que podem desencadear um quadro depressivo, como: diabetes, doenças do coração, endocrinopatias, epilepsias, entre várias outras condições orgânicas, o uso de drogas lícitas e ilícitas (MORAES; CAMPOS; SILVESTRINI, 2005).

A depressão é, na verdade, de causa multifatorial, por isso é denominada síndrome. Existe uma série de evidências e variações químicas no cérebro da pessoa humana que desenvolveu um transtorno mental, devido ao descontrole dos neurotransmissores responsáveis pelas funções do sistema nervoso (SILVA, 2016).

Albuquerque e Deveza (2009) afirmam que um dos elementos essenciais para a adesão ao tratamento da depressão é a disponibilidade e o empenho do portador em cuidar de si. Para aderir ao tratamento, serão avaliados todos os sinais, sintomas e causas que o cliente apresenta no momento. Feito isso, o médico psiquiatra irá traçar um diagnóstico de acordo com o CID 10; em seguida, será prescrito o tratamento para o tipo de depressão diagnosticada. O

“paciente” irá se submeter ao método correspondente ao seu tratamento e é importante ressaltar que a recuperação vai depender do seguimento correto, da adesão ao tratamento e da sua força de vontade. A autoestima, uma vez afetada, proporcionará um desânimo frente à vida, favorecendo a baixa adesão ao tratamento.

O plano terapêutico baseia-se na gravidade do quadro para indicar frequência das sessões, intervenções psicossociais e tratamento psicofarmacológico, sendo a educação do paciente e das pessoas do seu convívio um fator importante para a terapêutica do paciente bem como sua reabilitação, sendo primordial identificar afetos e lidar com déficits psicossociais. Procura-se sempre reavaliar a progressão dos sinais e sintomas, o papel da conduta medicamentosa, o curso da doença e os possíveis impactos que podem vir a surgir durante sua recuperação (ROCHA, 2001).

Outro método bastante eficaz é a acupuntura, a qual ajuda no tratamento dos desequilíbrios mentais e de humor agindo diretamente nas alterações de neurotransmissores. Dessa maneira, a acupuntura tem o propósito de restaurar, promover e equilibrar a funcionalidade de tecidos, órgãos, padrões físicos, psicológicos, promovendo assim a cura do corpo e da mente (HICKS; HICKS; MOLE; 2007).

A psicoterapia é eficaz em todos os níveis de intensidade da depressão. Ainda de acordo com estudos, existem várias terapêuticas que podem ter eficácia dos diferentes tipos de psicoterapia: psicodinâmica, cognitivo comportamental, familiar e interpessoal. A terapia psicodinâmica e familiar é comum no nosso meio, e a cognitivo-comportamental a mais utilizada (ROCHA, 2001).

Na Atenção Básica, trabalhos com grupo associado ao campo da saúde mental podem ajudar no processo de superação e normalização do cuidado a pacientes com sofrimento emocional significativo, como também ajudar a prevenir a população adjacente de vir a desencadear algum tipo de transtorno mental. Pode-se, então, elaborar estratégias de intervenção em algumas esferas, dentro de uma se-

quência de acordo com o tempo, buscando-se métodos e estratégias para diminuir o sofrimento e promover a vida (BRASIL, 2013).

A atividade física pode diminuir a incidência da depressão, entretanto, sem conclusões definitivas ou prolongadas. Os aspectos preventivos da atividade física para Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), tais como diabetes e doenças cardíacas, podem prevenir as pessoas de uma possível depressão na velhice. Outros mecanismos possíveis incluem aptidão funcional do corpo e aumento da autoestima, resultado da atividade física praticada rotineiramente (STRAWBRIDGE *et al.*, 2002).

As atividades aeróbicas realizadas com intensidade moderada e longa duração propiciam alívio do estresse ou tensão, contribuindo para uma melhora significativa do ritmo cardíaco e respiratório, além da manutenção de melhores níveis pressóricos (equilíbrio da pressão da artéria) devido a um aumento da taxa de hormônios, de nome endorfinas, que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto estressor do ambiente e o surgimento do transtorno depressivo (STELLA, 2002).

Outro fator importante é a busca incessante por uma boa alimentação, porque de uma forma geral, deve-se abusar de uma alimentação rica em verduras, frutas, legumes, pois quanto melhor nos alimentarmos, melhor será a nossa disposição física. O sono é um grande aliado para não desencadear o transtorno depressivo, pois age aumentando a resistência a impactos estressores tornando assim o sistema imunológico mais fortalecido. Por isso, faz-se necessária uma boa noite de sono em condições adequadas e de qualidade, sendo fundamental para a prevenção e para recuperação da depressão (SILVA, 2014).

De acordo com Lopes (2014), outro fator importante para se prevenir e não ser exposto à depressão é a reinserção da pessoa na sociedade, em projetos, grupos comunitários, entre outros, ampliando as relações sociais. Dessa forma, o sujeito estará desenvolvendo habilidades e se sentindo útil.

IX

CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Para construção desta obra, a pesquisa realizada no município de Cajazeiras, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, é uma investigação relacionada à depressão. O CAPS II é indicado para regiões de saúde ou municípios com população acima de 70 mil habitantes, compreende a assistência às pessoas com sofrimento psíquico grave ou persistente, com acompanhamento intensivo, semi-intensivo, ambulatorial, incluindo os usuários em uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem uma interação com a sociedade, a reabilitação em recuperação dos seus ideais e projetos de vida (BRASIL, 2015).

Nossa amostra compreendeu 20 usuários do CAPS II com diagnóstico de algum tipo de depressão há mais de três meses (segundo a CID-10, Classificação Internacional de Doenças), cadastrado através de prontuários, seja para acompanhamento ambulatorial, semi-intensivo ou intensivo, excluindo-se os usuários que tenham abandonado o acompanhamento há mais de três meses.

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, a partir de questões objetivas e subjetivas, que norteavam dados sociodemográficos e dados relevantes para o estudo, sendo permitido o acompanhamento de familiares no ato da entrevista.

Posteriormente os resultados obtidos foram transcritos para tabelas e gráficos, e em seguida, contextualizados.

TABELA 2—DADOS DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (AMOSTRA= 20 USUÁRIOS)

| VARIÁVEIS | REFERÊNCIA ABSOLUTA | REFERÊNCIA RELATIVA |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
| CAPS II | | |
| Faixa Etária | <i>F</i> | % |
| Até 20 anos | 1 | 5% |
| De 21 anos a 30 anos | 2 | 10% |
| De 31 anos a 40 anos | 7 | 35% |
| De 41 anos a 50 anos | 6 | 30% |
| De 51 anos a 60 anos | 3 | 15% |
| Acima de 61 anos | 1 | 5% |
| Sexo | | |
| Feminino | 19 | 95% |
| Masculino | 1 | 5% |
| Estado Civil | | |
| Solteiro (a) | 8 | 40% |
| Casado (a) | 5 | 25% |
| Divorciado (a) | 6 | 30% |
| Viúvo (a) | 1 | 5% |
| Profissão | | |
| Agricultor (a) | 9 | 45% |
| Autônomo (a) | 1 | 5% |
| Cabeleireiro (a) | 1 | 5% |
| Doméstica | 6 | 30% |
| Professor (a) | 3 | 15% |
| Zona de Residência | | |
| Urbana | 17 | 85% |
| Rural | 3 | 15% |
| Renda | | |
| Benefício (salário-mínimo) | 2 | 10% |
| Bolsa Família | 2 | 10% |
| Não responderam | 16 | 80% |
| TOTAL | 20 | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Mediante os dados distribuídos na Tabela 2 destaca-se a predominância do sexo feminino a desenvolver transtorno depressivo em idade adulta.

Em relação à faixa etária, observa-se que 35% (07 usuários) estão na faixa etária entre 31 e 40 anos, o que se nota uma boa variação nas faixas etárias, pois 30% (06 usuários) estão entre 41 e 50 anos. Percebe-se que o transtorno depressivo nos entrevistados está presente em pessoas com idade adulta, o que pode estar associado a vários fatores que contribuem para o surgimento da doença, por apresentarem mudança no seu dia a dia. Não deixando de levar em consideração as demais faixas etárias, já que os adultos jovens também estão propícios a desencadarem a depressão.

Pessoas com condições patológicas de caráter crônico estão mais perceptíveis a desenvolverem sintomas depressivos e, devido a isso, na maioria das vezes tornam-se menos capazes de ter o controle dos diferentes aspectos de suas vidas, o que atinge diretamente a percepção da sua individualidade e o enfrentamento de fatores ocasionados pelo transtorno da depressão (RABELO; NERI; 2005).

Repercutindo o sexo dos entrevistados, observa-se que a maioria (95%) está relacionada ao perfil feminino, e 1% ao gênero masculino, isso comprova que o gênero feminino está mais vulnerável à doença. Acredita-se que haja vários fatores intrínsecos que predis põem a mulher a desencadear esse transtorno de humor, assim como fatores extrínsecos relacionados a abuso de álcool, cigarros, predisposição genética, convívio social e sobrecarga de seus afazeres.

O transtorno depressivo, segundo estudiosos, é mais comum surgir nas mulheres do que nos homens, isso decorre do fato de as mulheres terem um período de vida mais longo, com mais probabilidades de ficarem viúvas e, com isso, várias condições clínicas da

versão feminina surgirão; essas mesmas mulheres já estão susceptíveis a deprimirem mais cedo numa faixa etária entre 25 e 45 anos e se destacam em maior probabilidade de desenvolver transtornos depressivos (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

Os sintomas depressivos mais predominantes na população são mais comuns em mulheres de idades mais avançadas ou são associados às doenças adquiridas com a chegada da idade madura e da velhice, ou até mesmo com a doença que contribui para o esquecimento, ocasionando assim um quadro de demência, a exemplo do Alzheimer (LUPPA *et al.*, 2012).

Com relação ao estado civil, 40% (8) indicaram ser solteiros, e 30% (6) são divorciados, o que se observa como é difícil o convívio com pacientes que possuem transtornos mentais, ou até mesmo o próprio preconceito da sociedade com relação a eles. Quanto à profissão dos entrevistados 45% (9) são agricultores e 30% (6) são domésticas, trabalham apenas nos afazeres de casa.

Portadores de transtornos mentais graves, na maioria das vezes, são evitados pela maior parte da sociedade, principalmente os amigos mais próximos, chegando a serem discriminados por colegas da instituição de trabalho e menosprezados pelos seus chefes, sendo assim vítimas de violência moral (ROCHA; HARA; PA-PROCKI, 2015).

A zona de residência equivale a 85% (17) residentes na zona urbana, o que facilita o feedback e o retorno desses pacientes ao CAPS, já que a maioria dos usuários faz o tratamento ambulatorial; e 15% (3), na zona rural. E, por fim, 2% (2) recebem um benefício, enquanto que 80% (16) dos entrevistados não sabem sua renda ou ficaram receosos em falar, por várias hipóteses: uns já vêm orientados pela família para não relatarem quanto é a renda ou até mesmo por medo de terem seus benefícios cortados.

TABELA 3—DADOS RELEVANTES À PESQUISA QUANTO AOS TIPOS DE DEPRESSÃO, DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS CID-10 (AMOSTRA = 20)

| VARIÁVEIS | REFERÊNCIA | |
|--|------------|-------------|
| | ABSOLUTA | RELATIVA |
| CID-10 | f | % |
| F31. 3- Transtorno afetivo bipolar, com episódio depressivo | 1 | 5% |
| F31. 5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos | 1 | 5% |
| F32. 0 Episódio depressivo leve | 1 | 5% |
| F32. 1 Episódio depressivo moderado | 3 | 15% |
| F32. 2 Episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos | 5 | 25% |
| F32. 3 Episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos | 7 | 35% |
| F33. 0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve | 1 | 5% |
| F41. 2 Transtorno misto de ansiedade e depressão | 1 | 5% |
| TOTAL | 20 | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com os dados representados na Tabela 3, 35% (7) dos entrevistados têm em seu diagnóstico clínico o episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos representado pela CID-10 F32.3. Entre os demais, 25% (5) possuem o episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos, caracterizado pela CID-10 F32.2.

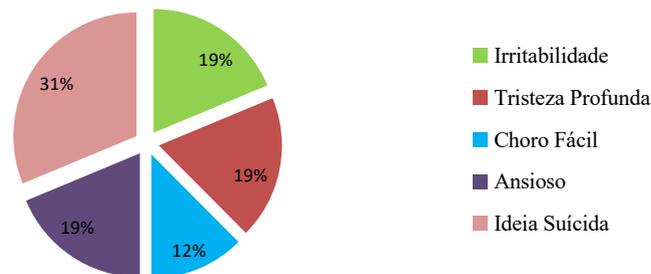
De forma bem significativa, o transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos persiste em um prognóstico ruim, uma vez que os sintomas tornam-se bem mais agressivos aos portadores, por serem mais severos, e traz consigo uma resistência maior para intervir no processo de reabilitação.

O transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que duram, pelo menos, duas semanas sem apresentarem melhora significativa. Diante disso, a pessoa com transtorno mental grave sofre não só pela doença, mas também pelo estigma social, fatores estes que afetam diretamente as oportunidades para adentrar o mercado de trabalho, dificultando a mudança do estilo de vida e as possíveis oportunidades perdidas (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Os transtornos mentais remetem prejuízo ao seu dia a dia, causando um sofrimento intenso. Nos casos citados, observam-se os sinais da gravidade evidenciados, como sintomas psicóticos, negatividade, pensamento suicida, entre outros evidenciados por cada tipo de transtorno correspondente. Para Carvalho (2012), o episódio depressivo pode ser leve, moderado ou grave, com ou sem sintomas psicóticos. Um episódio grave e com presença de sintomas psicóticos indica um prognóstico ruim.

As patologias neuropsiquiátricas são autor de um terço da incapacidade determinada pelas doenças como um todo, assim sendo, a depressão aquela com maior enfoque e referência no mundo, comprometendo os nervos periféricos, afetando diretamente as disfunções sensitivo-motoras e tornando-se um sofrimento crônico (ILLIAMS *et al.*, 2003).

GRÁFICO 6—DADOS RELEVANTES À PESQUISA QUANTO AOS PRINCIPAIS FATORES APRESENTADOS PARA UM QUADRO DEPRESSIVO (AMOSTRA=20)



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com o Gráfico 6, 31% da amostra responderam que têm ou tiveram, em algum momento do curso da sua doença, ideia suicida. Esse dado revela que, na depressão grave, os portadores tendem a persistir em suas crises de emergências psiquiátricas com este tipo de pensamento afetando diretamente seu estado psíquico e social.

A Organização Mundial da Saúde (2003) estima que um milhão de pessoas no mundo comete suicídio a cada ano. Uma em cada quatro famílias tem, em sua família, pelo menos algum ente portador da doença mental.

Segundo Silva (2016), nem todo indivíduo com transtorno mental cometerá um suicídio. Porém, o que se deve levar em questão é o fato de essas pessoas se encontrarem em uma zona de risco e vulneráveis a esse tipo de pensamento.

Outras queixas evidenciadas por 19% dos entrevistados foram irritabilidade, tristeza profunda e ansiedade. E, por fim, 12% da amostra relataram ter como queixa o choro fácil, fator bem peculiar, visto que os pacientes com transtornos depressivos estão bem deprimidos, ociosos, melancólicos e, por isso, o choro fácil é bem repetitivo, como se fosse uma fuga.

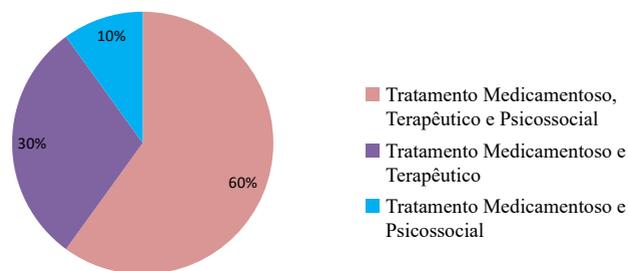
Quando a depressão começa, são observados vários sintomas e queixas significativas, entre eles, a tristeza profunda, evidenciada pela postura cabisbaixa e permanente do paciente. Além disso, a sensibilidade e irritabilidade constantes. No contexto da depressão grave com sintomas psicóticos e de forma crônica, o “paciente” demonstra comportamento agitado. Tais especificidades são corriqueiras na convivência com seus pares e em convívio familiar. Em situações de crise, é pontual a contenção (física ou química) dos “pacientes” a fim de evitar a automutilação ou danos contra a sua própria integridade física (BORBA *et al.*, 2015).

Mesmo que a depressão ainda seja de causas desconhecidas, os estudos afirmam que o conjunto das esferas sociais, biológicas e psicológicas, quando feitas essas junções, contribui positivamente para

o surgimento do transtorno depressivo, que, na atualidade, é conhecida como “o mal do século”.

Como é bem peculiar paciente ter associado em seu diagnóstico mais de um transtorno mental, o transtorno de ansiedade com a depressão podem ser causa e consequência. Sendo duradouro ou de curto prazo, o transtorno da ansiedade não tratado inicialmente pode encaminhar-se para depressão (SILVA, 2011).

GRÁFICO 7—DADOS RELEVANTES À PESQUISA QUANTO À REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO NO CAPS II NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS—PB (AMOSTRA=20)



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com o Gráfico 7, são destacados os tipos de tratamento para os usuários, seja por atendimento ambulatorial, intensivo ou semi-intensivo. Vale salientar que esses pacientes realizam tratamentos há mais de três meses no Centro de Atenção Psicossocial –CAPS II. Entre os participantes da amostra, 60% confirmaram a realização dos três tipos de tratamento oferecidos no serviço—tratamento medicamentoso, terapêutico e psicossocial. Os pacientes têm em sua peculiaridade transtorno depressivo grave em seu diagnóstico, como hipóteses precisam das associações desses tratamentos citados para uma melhor recuperação, reabilitação e inserção social.

Segundo o gráfico acima, todos os entrevistados responderam que fazem uso do tratamento medicamentoso. Mesmo com várias

outras terapias que auxiliam no processo de recuperação, ainda é altíssimo o uso do tratamento medicamentoso, o que para muitos ainda existe aquele pensamento em tratar apenas a doença, deixando o sujeito de lado.

Segundo Silva (2016), o tratamento para o portador do transtorno da depressão deve envolvê-lo de forma holística, abrangendo as seguintes dimensões: biológica, psicológica e social. Diante disso, constrói-se uma pirâmide que interliga diretamente o tratamento dos pacientes com depressão, são eles: a terapêutica medicamentosa, a psicoterapia e outras terapias biomédicas.

Quanto aos demais tratamentos citados na amostra, 30% relataram fazer uso do tratamento medicamentoso e terapêutico. E 10% da amostra fazem uso do tratamento medicamentoso e psicossocial.

A parte do cuidado que lida com a medicação é desafiadora, pois é possível que os usuários ou os familiares estejam fazendo uso do fármaco de maneira abusiva, podendo acarretar outros danos à sua saúde, como se tornar dependente dele.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm como principal meta a recuperação e a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na comunidade, no ambiente familiar e de trabalho, e na sociedade de modo que os usuários do serviços possam ter vidas articuladas com seus territórios socioafetivos e comunitários, além das pessoas do seu convívio, quebrando barreiras e diminuindo esse preconceito que ainda existe com relação à “pessoa com transtorno mental” (SANTOS *et al.*, 2015).

É importante a terapia medicamentosa no tratamento da depressão, entretanto, na atualidade, o modelo de atenção psicossocial à saúde mental deve ser intensificado, pois há potência de cuidado no uso do medicamento associado a outros tipos de terapêuticas, como: consultas com psiquiatras, oficinas terapêuticas, atividades em grupos, arteterapia, psicoterapia e atividades comunitárias.

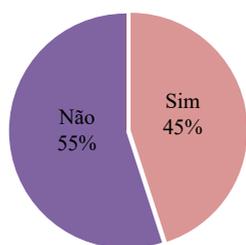
Sabe-se na atualidade que a depressão não é curada com medicações. Como terapêutica ou estratégia de tratamento única, os

psicotr3picos ou antidepressivos n3o ir3o trazer a cura “t3o prometi- da” aos pacientes. Pode-se dizer que as associa33es de condutas v3o ofertar uma porcentagem melhor de probabilidades a esses pacientes de se recuperarem, bem como a diminui33o das taxas de recorr3ncia dos epis3dios depressivos (GUIMAR3ES *et al.*, 2010).

Ainda segundo Guimar3es *et al.* (2010), existem v3rios tipos distintos de psicoterapia, por3m, na sua vis3o, a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz neste tipo de tratamento, pois desenvolve maneiras que n3o se restringem apenas 3 depress3o, como diminui as chances de futuras reca3das, pois 3 um tratamento cont3nuo (BITTENCOURT; ALMEIDA NETO; RODRIGUES, 2015).

O tratamento da depress3o deve ser a jun33o do tratamento medicamentoso de escolha, da psicoterapia, do uso de estrat3gias psicossociais, preferencialmente focadas numa cl3nica ampliada. A escolha dessas estrat3gias de tratamento permite 3 pessoa que sofre psiquicamente uma melhora significativa em quadros diversos de “transtornos”.

GR3FICO 8—DADOS RELEVANTES 3 PESQUISA QUANTO AO CONHECIMENTO DOS FATORES VULNER3VEIS 3 DEPRESS3O (AMOSTRA=20)



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com as informa33es apresentadas no Gr3fico 8, a maior parte dos entrevistados (55%) afirmou que N3O t3m o conhecimento dos fatores de vulnerabilidade 3 depress3o. E 45% dos entrevistados relataram que SIM, eles conhecem os fatores vulner3veis 3 depress3o.

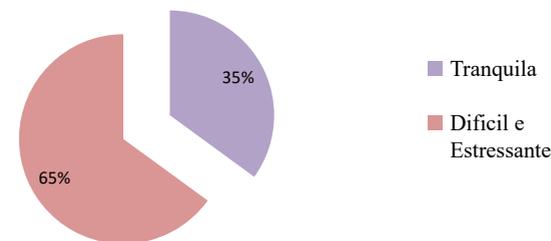
De acordo com as falas, no momento da entrevista, 45% dos entrevistados relataram que o estresse, a ansiedade e a hereditariedade s3o os fatores que os deixam mais vulner3veis e suscept3veis 3 depress3o. Os mesmos participantes afirmaram que a depress3o 3 qual s3o acometidos tem justificativa nos in3meros diagnosticados em fam3lia do mesmo sofrimento.

Quando falamos em vulnerabilidade e sa3de mental, 3 importante lidar com o fen3meno do sofrimento mental sem determin3-lo 3 classes sociais, possibilitando uma versatilidade e variedade tanto na clareza quanto nas formas de intervir (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

De acordo com a Organiza3o Mundial da Sa3de (2010), alguns determinantes sociais, outros relacionados ao abuso de drogas l3citas e il3citas, al3m dos v3rios tipos de viol3ncias, crises familiares, altera33es abruptas no cotidiano de vida, a falta de trabalho, de emprego, etc., s3o todos fatores que podem acentuar a vulnerabilidade associada ao sofrimento mental e, por conseguinte, produzir efeitos dos negativos aos mais tr3gicos no cotidiano de quem tem depress3o.

As categorias vulnerabilidade e sa3de mental devem ser trabalhadas controlando as interfaces que podem afetar o sofrimento mental. Destacam-se alguns dos principais determinantes de vulnerabilidades em sa3de mental: fatores sociais (como dito anteriormente), escolaridade, doen3as cr3nicas, hereditariedade, entre outros.

GR3FICO 9—DADOS RELEVANTES 3 PESQUISA QUANTO 3 CONVIV3NCIA FAMILIAR (AMOSTRA=20)



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

No Gráfico 9, são representadas as respostas dos entrevistados a respeito da convivência familiar com a pessoa em sofrimento mental. As características encontradas foram: Tranquila com 35%; e Difícil e Estressante com 65% dos entrevistados.

Percebe-se que a convivência dos portadores da depressão com seus familiares torna-se difícil e estressante. De fato, lidar com uma pessoa em sofrimento mental não é fácil e requer muita paciência, como também é preciso saber enfrentar as adversidades impostas durante as crises repentinas e imprevisíveis, como até mesmo o tratamento, que requer bastante participação e interação familiar.

De acordo com Campana e Soares (2015), é importante ter um olhar holístico não apenas ao portador de transtorno mental, como também à sua base, que são os familiares os quais irão estar ligados diretamente ao “paciente”, enfrentando as dificuldades interpostas neste processo. O cuidado com os familiares deve permear as principais dificuldades do cotidiano, proporcionando um elo que venha a intervir diretamente no cuidado para com os portadores, pois, na maioria das vezes, a sobrecarga de trabalho e o despreparo das ações acarretam uma sobrecarga emocional aos familiares que lidam diretamente com eles, afetando diretamente a recuperação do portador com transtorno da depressão.

Ainda de acordo com o gráfico 9, 35% dos participantes citaram ter uma convivência tranquila com seus familiares. Acredita-se que esses familiares tenham tido um acompanhamento a respeito do que é o transtorno da depressão e como se deve intervir na convivência com eles, por isso, ter suporte emocional assim como conhecimento sobre o processo de saúde – doença dos portadores, de fato, contribui para uma convivência tranquila na família.

Fazendo um comparativo com o estudo de Costa *et al.* (2011), verificou-se a importância benéfica dos familiares para o tratamento dos usuários, ajudando-os a se sentirem bem melhor, deixando-os mais tranquilos e seguros, e permitindo um vínculo amigável entre familiar e portador.

TABELA 4—DADOS RELEVANTES À PESQUISA QUANTO AOS TIPOS DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

| VARIÁVEIS | REFERÊNCIA ABSOLUTA f | REFERÊNCIA RELATIVA % |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Amitriplina | 3 | 10% |
| Carbamazepina | 2 | 6% |
| Clonazepam | 5 | 16% |
| Diazepam | 3 | 10% |
| Fluoxetina | 3 | 10% |
| Gardenal | 1 | 3% |
| Hadol | 1 | 3% |
| Neosina | 1 | 3% |
| Paroxetina | 2 | 6% |
| Quetiapina | 2 | 6% |
| Rivotril | 7 | 23% |
| Respiridona | 1 | 3% |
| TOTAL | 31 | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Com base nas informações apresentadas na Tabela 4, observa-se que 23% fazem uso de Rivotril, sendo este o medicamento de maior incidência. Entre os demais, 16% afirmaram fazer uso de Clonazepam, 10% afirmaram fazer uso de Amitripilina, 10% fazem uso de Diazepam e 10% relataram estar em uso de Fluoxetina.

O tratamento medicamento exige cautela e acompanhamento durante o tempo de medicalização. Caso não ocorra dessa forma a adesão ao tratamento, a pessoa com transtorno mental terá maior probabilidade de ter riscos de recaída e recorrência (MIGUEL; GENTI; GATTAZ, 2011).

Os antidepressivos são divididos em grupos diferentes, de acordo com seus mecanismos de ação, assim definidos na farmacologia.

Diante disso, a associação desses antidepressivos somados aos ansiolíticos é bastante utilizada e seu uso é concomitante, principalmente logo no início do tratamento da depressão (SILVA, 2016).

Apesar dos seus benefícios e eficácia, todo medicamento tem suas restrições quando utilizado de forma incoerente à prescrição médica e com automedicação, podendo causar efeito inesperado. Diante disso, faz-se necessário um acompanhamento do paciente pelas redes de atenção, permitindo o acesso à informação sobre as medicações que estão em uso para tratamento, possibilitando uma assistência adequada e menos agravante à saúde.

X

DESAFIOS PARA UMA CONSULTA INTEGRADA

A elaboração do instrumento de acompanhamento das pessoas que têm sofrimento mental constitui uma proposta de aprimoramento ao atendimento desses pacientes no âmbito da assistência psiquiátrica. Recomenda-se a aplicação do instrumento nos Centros de Atenção Psicossocial em todos os níveis e modalidades, com o intuito de atender os “pacientes” com foco nos princípios de integralidade, acessibilidade e universalidade, garantindo a humanização no processo e a efetivação da assistência de enfermagem.

A construção do instrumento realizou-se a partir da identificação de alguns dados relevantes para o processo de um atendimento integral, como os dados sociodemográficos, que consistem de informações quanto a idade, gênero e ocupação, por exemplo; e os dados informativos, que facilitam o acompanhamento, assim como identificam o processo de atendimento que está sendo realizado como paciente em sofrimento mental.

Na tentativa de uniformizar as informações colhidas anteriormente nas entrevistas iniciais com os dados de identificação, para maior proveito no auxílio terapêutico, é necessária informação mais precisa no âmbito de coleta de dados obtidos do paciente, como queixa principal, história da doença atual, história patológica progressiva, história fisiológica, história pessoal, aspectos de sua personalidade, infância, adolescência, sexualidade, profissional e social.

Do conjunto de atividades do setor público em nível nacional, aquelas que mais diretamente demandam informações descentralizadas de caráter sociodemográfico são as chamadas políticas sociais (educação, saúde, transferência de renda, saneamento, habitação, etc.). De fato, embora outras políticas também utilizem dados demográficos para diversos fins, como no caso da política de transportes, que os utiliza em estimativas de tráfego, são as políticas sociais que utilizam a informação demográfica de modo mais intenso. Isso se dá tanto no planejamento quanto na execução e na avaliação desse tipo de atividade. O uso da informação de natureza sociodemográfica está na raiz da execução de qualquer programa social, embora muitas vezes o usuário dessa informação não tenha conhecimento ou treinamento específico para tanto (TORRES, 2005).

Para se prestar uma assistência de qualidade, faz-se necessário realizar uma anamnese, para que seja possível coletar dados significativos. É a partir desses dados que a enfermagem passa a ter um conhecimento da hipótese diagnóstica, história da doença atual, história da doença progressiva, e conseguem-se achados sobre as queixas principais. Estudos revelam a importância da coleta de dados de uma anamnese.

Segundo Benseñor (2013), a anamnese foi responsável pelo diagnóstico de 60% dos pacientes; anamnese mais exame clínico, por mais 25%; e anamnese, exame clínico e exames complementares, por mais 15% dos diagnósticos. Percebe-se o quanto se torna relevante em um atendimento a utilização de um instrumento que faça busca ativa de dados.

Na assistência psiquiátrica, é imprescindível a informação dos familiares sobre os aspectos relativos a personalidade, infância, adolescência, profissão, sexualidade e social, observados no dia a dia de convivência com os portadores de sofrimento mental. Dados como

esses facilitam no prognóstico, assim como ajudam a traçar planos de cuidados específicos.

Para Davoglio *et al.* (2012), devido à evolução das características de alguns transtornos ao longo da infância e adolescência e pelo agravamento da criminalidade envolvendo jovens, nas últimas décadas, passou-se a enfatizar a relevância clínica e diagnóstica dos problemas comportamentais de crianças com menos de seis anos como indicadores de possíveis dificuldades futuras. Corroborando os autores, percebe-se o quanto o profissional de saúde precisa obter informação do processo de desenvolvimento na infância, na adolescência e na fase adulta, pois a partir da idade do paciente, subentende-se como era a ação do seu comportamento, tornando necessárias informações desse tipo.

O discurso sobre a sexualidade, muitas vezes, pode transparecer alguns sentimentos negativos que estão interiorizados no paciente, a exemplo de angústias ou traumas vivenciados por ele, podendo haver possibilidades de desencadear algum tipo de transtorno mental que acomete posteriormente o físico e o psíquico do indivíduo. É necessário que o profissional de saúde esteja capacitado para trabalhar com as questões da sexualidade, pois no âmbito da enfermagem psiquiátrica alguns transtornos decorrem desse fator.

Para Dejours (2013), não há crise psicopatológica que não tenha em seu núcleo uma crise de identidade. E isso confere à relação com o trabalho sua dimensão propriamente dramática. Ao não contar com os benefícios do reconhecimento de seu trabalho, nem poder aceder ao sentido da relação que vive com esse trabalho, o sujeito se confronta com seu sofrimento e só a ele. Sofrimento absurdo que só produz sofrimento, dentro de um círculo vicioso, e que será desestruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade, e assim causar doenças mentais.

Dessa forma, é importante considerar que o indivíduo esteja situado em ambiente que lhe ofereça prazer, condições dignas de trabalho e qualidade de vida; mesmo com a cobrança que o mundo capitalista impõe, o trabalho precisa ter significado pra quem o exerce. A partir disso, as reflexões sobre esse aspecto no campo da saúde tornam-se relevantes, pois o adoecimento mental vem acometendo cada vez mais a vida profissional dos cidadãos por frustrações, metas não alcançadas e baixa autoestima, trazendo prejuízos irreparáveis à sua vida.

Os aspectos interpessoais da regulação emocional ajudam a explicar os mecanismos pelos quais o suporte social influencia a saúde mental. Os padrões familiares modelam as regras de expressão de afetos positivos e negativos, de maneira que um ambiente coeso e com relacionamentos positivos dá um tom de aceitação. Enquanto isso, ambientes críticos, hostis e com relações negativas desencorajam a expressão das necessidades emocionais, diminuem a habilidade de regular a própria emoção e aumentam o desconforto emocional (RABELO; NERI, 2014).

A personalidade social está estreitamente ligada ao comportamento que o homem apresenta diante de determinadas situações do cotidiano. Relações sociais positivas e harmoniosas são capazes de gerar um bem-estar psicossocial, entretanto se o indivíduo não possui relacionamentos sociais satisfatórios, mantendo experiências negativas de convivência, estarão mais propensos a desenvolver algum transtorno mental por não saberem lidar com as dificuldades enfrentadas. Em vista disso, a equipe multiprofissional, especialmente a que atua nos CAPS, trabalha com o olhar voltado à reinserção social, familiar e comunitária dos pacientes, oferecendo acolhimento e suporte emocional para a melhoria do quadro apresentado.

A avaliação do estado mental é uma prática do cuidado que tem por objetivo avaliar funcionamento emocional e cognitivo

da pessoa, verificando o equilíbrio das funções mentais diante da capacidade de a pessoa atuar social e profissionalmente. A avaliação do enfermeiro das funções mentais poderá identificar pontos fortes remanescentes do sujeito em diversas situações da vida, ajudando-o a mobilizar recursos e a utilizar seu potencial para lidar com dificuldades e conflitos (CARDOSO; DONATO; ZANETTI, 2015).

O exame psíquico ou exame do estado mental é uma fotografia de como o paciente se apresenta naquele momento ao profissional, com a descrição das funções psíquicas. Para uma realização eficiente, depende-se da capacidade de observação, de uma postura empática e do respeito do examinador durante a entrevista. E, posteriormente, de uma descrição objetiva, precisa e sem pré-julgamentos (CARVALHO, 2012).

Para melhor compreensão do estado mental do paciente, a avaliação psíquica é dividida por funções, embora na prática estas funcionem em conjunto. Uma observação importante refere-se ao estado de consciência do paciente, no qual, se este não estiver consciente, todas as outras funções poderão sofrer interferências.

As alterações mais comuns do psiquismo são apresentadas de forma descritiva e por áreas do psiquismo apenas por questões didáticas, pois o funcionamento destas se dá de forma integrada. Destaca-se que nem sempre alterações psíquicas isoladas representam condições patológicas (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Para uma melhor abordagem na avaliação psíquica, o instrumento construído enfatiza um roteiro de acompanhamento conforme os seguintes tópicos: aparência, atitude, consciência, atenção, sensopercepção, memória, linguagem, pensamento, imaginação e psicomotricidade, mostrado conforme a Figura 3 abaixo.

FIGURA 3—AVALIAÇÃO PSÍQUICA DO INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES EM SOFRIMENTO MENTAL NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA, QUANTO AO EXAME PSÍQUICO

AVALIAÇÃO PSÍQUICA – ROTEIRO

1. APARÊNCIA: () CUIDADA () DESCUIDADA

2. ATITUDE: () COOPERANTE () OPOSIÇÃO () HOSTIL

3. CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE
() OBNUBILAÇÃO () HIPERVIGILÂNCIA

4. ATENÇÃO: () APROXEXIA (Abolição da atenção por algo)
() HIPOPROXEXIA (Diminuição da concentração da atenção sobre um objeto)
() HIPERPROXEXIA (Aumento da atenção, atende vários estímulos sensoriais)

5. SENSO PERCEPÇÃO: () HIPOESTESIA () HIPERESTESIA
() COMPREENDE IMAGEM () NÃO COMPREENDE



6. MEMÓRIA: () IMEDIATA () RECENTE () TARDIA

7. LINGUAGEM: () AFASIAS () MUTISMO () LOGORREIA
() APROSÓDIA () HIPERPROSÓDIA
() HIPOFONIA () HIPERFONIA

8. PENSAMENTO: (Exete no Delírio)
() POSITIVO () NEGATIVO
ALTERAÇÕES: () FORMA () CURSO () CONTEÚDO
OBS: _____

9. IMAGINAÇÃO: () RELATA HISTÓRIAS FANTÁSTICAS E HEROICAS
OBS: _____

10. PSICOMOTRICIDADE:
() APRAXIA – Dificuldade de realizar atos motores
() HIPOCINESIA – Diminuição generalizada dos movimentos voluntários
() HIPERCINESIA – Aumento patológico da atividade motora voluntária
() ECOPRAXIA – Repetição automática das ações motoras executadas
() ESTEREOTIPIAS – Ações motoras desprovidas de finalidade e sentido
() PRESERVAÇÃO MOTORA

INFORMAÇÕES FAMILIARES

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Avaliação psíquica é usada para descrever um conjunto de procedimentos que têm por objetivo coletar dados para testar hipóteses clínicas, produzir diagnósticos, descrever o funcionamento de indivíduos ou grupos e fazer previsões sobre comportamentos ou desempenho em situações específicas (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009).

De acordo com Sanches *et al.* (2005), o primeiro item do exame psíquico diz respeito à aparência física do paciente, mais especificamente à maneira como ele se encontra vestido e suas condições de higiene. A apresentação poderá, portanto, estar adequada, descuidada, exagerada, bizarra, entre outros adjetivos.

Em relação à aparência, o profissional deve manter o olhar desde o início da entrevista, a fim de avaliar o modo como o paciente se mostra perante o examinador e os cuidados que possui consigo mesmo, analisando a forma como se apresenta em seu aspecto geral. A análise deve ser realizada e documentadas todas as observações, levando sempre em consideração o contexto em que se realiza a entrevista.

É necessário que o profissional da saúde observe, a partir da entrevista, as atitudes que o paciente apresenta com o intuito de verificar algumas alterações que possam surgir. Segundo Carvalho (2012), alguns clientes adotarão postura ativa e colaborativa, respondendo às perguntas adequadamente. Outros, por sua vez, poderão ignorar intencionalmente as questões e solicitações do examinador, ou farão por se encontrarem alheios ao que lhes é pedido ou perguntado. Ressalta-se também que a dinâmica na avaliação da atitude deve levar em consideração a postura e o comportamento do examinador frente ao paciente.

Dando sequência ao exame psíquico, temos o fator da consciência, que de acordo com Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), pode ser conceituada como o cenário no qual os fenômenos psíquicos acontecem. É a avaliação desta que permite ao examinador saber o quanto a pessoa está apta neurologicamente para interagir com seu mundo externo, o quanto ela está acordada, alerta ou vigilante.

É importante que o profissional construa intervenções lançando mão dos variados determinantes de saúde que compõem a vida dos usuários dos serviços. Ainda sobre o exame do estado mental dos usuários, a consciência é um dos principais pontos do exame psíquico e reflete a capacidade do indivíduo em interagir consigo e com o meio no qual está inserido.

A atenção pode ser definida como a focalização da atividade mental sobre determinado objeto. Depende do estado de alerta e do estado motivacional do indivíduo. Assim, a diminuição global da atenção, denominada hipoprosexia, pode manifestar-se em estados confusionais e em quadros depressivos. A atenção apresenta dois atributos básicos: a vigilância, que consiste na capacidade de mudar o foco; e a tenacidade, a capacidade de fixar o foco da atenção (GUSMÃO; CAMPOS; TEIXEIRA, 2007).

Para que haja uma boa análise da atenção, espera-se que o profissional elabore estratégias que visem à verificação de perguntas e respostas, erros e acertos, mantendo uma relação direta com o foco. A atenção mantém relação direta com o estado de consciência do paciente, por isso evidencia-se que ambas sejam verificadas simultaneamente.

Tendo em vista o elemento da sensopercepção, evidencia-se que sensação e percepção são fenômenos distinguíveis. Sensação seria o fenômeno gerado pelos estímulos ambientais sobre os sistemas sensoriais, enquanto que percepção seria a tomada de consciência ou o reconhecimento do fenômeno sensorial. O elemento resultante do processo de sensopercepção seria a imagem, que apresentaria as qualidades de nitidez, corporeidade, projeção no espaço exterior e constância. A representação corresponde ao registro mnêmico da imagem perceptiva (GUSMÃO; CAMPOS; TEIXEIRA, 2007).

Para Sanches *et al.* (2005), a memória é a função psíquica responsável pela fixação, armazenamento e evocação dos estímulos e vivências. Embora existam diversas classificações e subsistemas de

memória, uma das mais adotadas é aquela que leva em consideração o tempo decorrente entre a fixação do estímulo e sua evocação. Com base nesse critério, podemos classificar a memória em imediata, recente e remota.

A memória anda em conformidade com interesses e significados que estão interiorizados nos pacientes. Em relação à avaliação, o examinador deve identificar relatos que mostrem a conjectura de suas lembranças através do discurso, tentando classificá-las posteriormente.

Conforme Cordioli, Zimmermann e Kessler (2004), a linguagem é a maneira como a pessoa se comunica, verbal ou não verbalmente, envolvendo gestos, olhar, expressão facial ou por escrito. Com relação à sua avaliação, costuma-se dar mais ênfase à fala, avaliando-se a quantidade, velocidade ou fluxo e qualidade. Também é interessante observar o volume, a gramática, a sintaxe e o vocabulário, o que possibilita a realização de inferências sobre a organização do pensamento e a cognição. Algumas alterações podem ser encontradas na comunicação oral, escrita e mímica, espontânea ou em resposta.

Pela linguagem, o profissional é capaz de identificar algumas alterações, assim como estabelecer uma posição de vínculo com o paciente acometido por transtornos mentais. Tendo em vista que a linguagem também representa uma forma de reinserção social e familiar, é importante que o avaliador desfrute das informações pertinentes frente à expressão da fala e do ponto de vista do paciente.

Pensamento é a sucessão de ideias ou representações mentais expressas por meio da linguagem. Destacam-se a associação de ideias e sua ordenação segundo um objetivo, uma tarefa ou um interesse. Uma ideia evoca outras ideias armazenadas anteriormente. Para compreender esse processo e as alterações correspondentes, é necessário considerar seu curso, sua forma e seu conteúdo (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

O profissional deve manter o olhar atento em relação às alterações do pensamento às quais os pacientes estão submetidos, pois essas mudanças poderão afetar diretamente o processo ensino-aprendizagem, além de retratar perturbações psicológicas a partir de seu próprio julgamento. A assistência deve voltar-se para a diminuição dos danos ocasionados pelas modificações dessas alterações.

Em relação à imaginação, o profissional precisa compreender os fenômenos que rodeiam o mundo imaginário do indivíduo, alguns pacientes podem apresentar dificuldades na avaliação por se apresentarem sob efeitos de alucinações ou perturbações.

Os delírios podem ser definidos como juízos equivocados da realidade. As ideias delirantes são caracterizadas pela impossibilidade do seu conteúdo, pela convicção absoluta e pela irredutibilidade, isto é, pela não modificação do delírio mesmo com a argumentação lógica ou com provas da realidade (GUSMÃO; CAMPOS; TEIXEIRA, 2007).

Para Carvalho (2012), a psicomotricidade é um dos elementos da psique que inclui os impulsos, as motivações, os desejos, as vontades, os instintos expressados pelo comportamento ou atividade motora de uma pessoa. Objetivamente, reflete comorbidades neurológicas e efeitos colaterais de psicotrópicos.

A avaliação da psicomotricidade necessita de uma visão ampliada do profissional em decorrência da presença de comportamentos semelhantes nas alterações psicopatológicas e biológicas. Por consequência, observa-se que o uso de alguns medicamentos pode influenciar diretamente essa função, prejudicando assim a avaliação psíquica. Ressalta-se, portanto, a presença dos familiares para que o exame possa ser realizado sem interferências e com informações precisas.

Para prestar uma assistência com qualidade e humanismo, o profissional necessita inserir-se na realidade concreta de forma consciente, competente, técnica e científica.

Todos os profissionais, não importando o contexto de sua prática, devem ser proficientes na realização do exame do estado mental e capazes de incorporar os dados encontrados no plano de assistência. O exame psíquico pode servir de base para futuras comparações no acompanhamento do progresso do paciente (CARVALHO, 2012).

XI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que os familiares têm, além da preocupação, medo e sofrimento, receios com as mudanças de comportamento e inseguranças devido à imprevisibilidade das pessoas que sofrem psicologicamente. Outro sentimento permanente é o de incertezas quanto ao tratamento, devido ao “futuro incerto” dos “doentes mentais”. Nesse sentido, a assistência dos profissionais de saúde aos familiares é imprescindível, pois contribui para um modelo de relação necessária entre os familiares e os “doentes mentais” para que seja possível compreender as vicissitudes ligadas aos sofrimentos, especialmente no contexto de crises psiquiátricas.

Acreditamos que a potência da presença dos familiares ou dos seus representantes é importante no cenário de cuidado ou tratamento em saúde mental, pois dar suporte, apoio e fortalecer laços que produzam efeitos sociais, culturais, territoriais, etc. traz “outras simples e possíveis estratégias” que não somente o uso de medicamentos ou de psicofármacos na vida das pessoas que sofrem psicologicamente.

De um modo geral, foi possível perceber que a relação entre os familiares e o portador de transtorno mental se dá principalmente em função da imprevisibilidade do paciente, a ausência de afeto e a constante preocupação com a possibilidade de crises inesperadas.

Esperamos que esta produção científica possa contribuir para outros estudos que possuem o mesmo conteúdo abordado, lançando novos olhares aos familiares de portadores de transtornos mentais, beneficiando no sentido de melhorar a convivência com esses pacientes, visto que são eles que lidam diretamente e são os principais responsáveis pela ação do cuidado e seu bem-estar geral.

Algumas dificuldades surgiram, haja vista que não foi possível contatar parte das famílias na primeira visita, sendo necessário localizar o agente comunitário de saúde responsável pelas respectivas áreas para facilitar a entrevista.

Recomenda-se a realização de estudos que possam contribuir para incrementar a literatura específica, elucidando as diferentes formas como se dá o relacionamento e a perspectiva dos familiares e cuidadores com relação ao paciente portador de transtorno mental.

Ressalta-se a importância da utilização de instrumentos em atendimentos de consulta psiquiátrica, visando facilitar o trabalho dos profissionais nos serviços de saúde. É perceptível que a aplicação do instrumento nos CAPS em todos os níveis e modalidades garante a efetivação do processo e a humanização da assistência. O instrumento construído contribui para a elaboração de um plano de cuidados com vistas à integralidade e ao seguimento da assistência aos portadores de sofrimento mental.

O presente estudo desempenha a função de estimulação aos docentes para a construção de um roteiro de atendimento, auxiliando a vivência prática e o aprimoramento da assistência de saúde prestada pelos discentes. As profissões que assistem o paciente com transtorno mental têm uma característica específica que está relacionada ao desempenho de um papel contribuinte à saúde dos usuários dos CAPS.

Com base na investigação feita, percebeu-se que a partir do momento em que o profissional possui um instrumento para coletar informação, este é capaz de coletar informações que podem e devem

ser enfatizadas no plano assistencial de cada profissional que cuida do usuário.

Sendo assim, observa-se que a assistência precisa se nortear por um material de acompanhamento específico, de acordo com o tipo de assistência que está sendo prestada e que cada profissão pode se apoderar dessa possibilidade e direcionar a assistência às características reunidas.

A saúde mental nas diversas profissões, quando desenvolvidas pelo discente em sua trajetória de construção acadêmica, muitas vezes passa por um planejamento voltado para o trabalho de técnicas manuais e momentâneas. Todavia, requer terapias específicas a serem adotadas que só poderão ser desenvolvidas a partir do momento em que o profissional possui conhecimento acerca do usuário assistido e do atendimento que precisa ser oferecido.

Acredita-se que uma assistência prestada com anamnese, exames específicos, informações necessárias, entre outros, torna o atendimento humanizado, principalmente quando o âmbito de acompanhamento é o CAPS, por permitir ao profissional um momento de escuta e relevância ao usuário que está recebendo cuidados, partindo para uma clínica ampliada dentro da saúde mental.

Conclui-se que estudos como este devem ser fortalecidos junto aos profissionais que se encontram dentro do campo de assistência na saúde mental. Percebemos que é possível assistir um usuário em sofrimento mental de forma a cumprir com o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde. Por fim, indicamos mais estudos no campo do sofrimento mental ligado à saúde coletiva, especialmente no âmbito da atenção primária.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científica**: elaboração de trabalhos na graduação. 2. ed. reimpressão. São Paulo: Atlas, 2006.

AZEVEDO, E. B. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 3, p. 612-623, jul./set. 2014.

BAPTISTA, A. P. **A integração do portador de transtorno mental na família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura) – Universidade Jean Piaget, Cabo Verde, 2011.

BAROZA, P. S.; SILVA, D. A. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Porciúncula – RJ. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 3, n. 1, jun. 2012.

BENSEÑOR, I. M. Anamnese, exame clínico e exames complementares como teste diagnósticos. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 93, n. 4, p. 236-241, out./dez. 2013.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto**

Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2013.

BEZERRA, I. C. **Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: sujeito, autonomia e corresponsabilização**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

BORBA, L. O. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. Dissertação (Especialização em Prática Profissional em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

BORBA, L. O.; GUIMARÃES, A. N.; MAZZA, V. A.; MAFTUM, M. A. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 88-94, jan./fev. 2015.

BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. (Institui o SUS) 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 26 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientação para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

BUDINI, C. R.; CARDOSO, C. Concepções de doença mental por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Perspectiva**, Erechim, v. 36, n. 136, p. 143-154, dez. 2012.

CAMPANA, M. C.; SOARES, M. H. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 338-344, abr./jun. 2015.

CARDOSO, L. S. *et al.* Assistência de enfermagem desenvolvida em um centro de atenção psicossocial. **Vittale**: revista de ciências da saúde, v. 27, p. 41-49, 2015.

CARDOSO, L.; DONATO, E. C. S. G.; ZANETTI, A. C. G. Avaliação do estado mental I. *In*: FONSECA, L. M. M.; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. **Aprender para cuidar em enfermagem**: situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto: USP/EERP, 2015.

CARVALHO, I. L. N.; GONDIM, A. P. S.; PENA, P. F. A.; MOREIRA, G. A. R.; FEITOSA, T. H. P. Perfil de tratamento medicamentoso dos adolescentes atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Município de Fortaleza – CE. **Anais... 11º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

CARVALHO, M. B. **Psiquiatria para a enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Rideel, 2012.

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* O cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 111-119, jan./mar. 2014.

COQUEIRO, N. F.; FERNANDES, M. F. V. A arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Anais...** V Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luíz (MA), ago. 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/.

CORDIOLI, A. V.; ZIMMERMANN, H. H.; KESSLER, F. **Rotina de avaliação do estado mental**. 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20%20do%20Estado%20Mental.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface—comunicação, saúde, educação**, v. 19, n. 55, p. 1133-1144, 2015.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. São Paulo: Artmed Editora, 2008.

DAMÁSIO, V. F.; MELO, V. C.; ESTEVES, B. K. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 2, n. 4, out./dez. 2008.

DAVOGLIO, T. R. *et al.* Personalidade e psicopatia: implicações diagnósticas na infância e adolescência. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 453-460, set./dez. 2012.

DEJOURS, C. **O sofrimento no trabalho**. Artigo de Christophe Dejours. 2013. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/171-noticias/noticias-2013/520004-o-sofrimento-no-trabalho-artigo-de-christophe-dejours>. Acesso em: 23 ago. 2017.

DIAS, A. B.; SILVA, M. R. S. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. **Ciência Cuid. Saúde**, v. 9, n. 4, p. 791-798, out./dez. 2010.

ESPERIDÃO, E. *et al.* A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 171-176, 2013.

ESTEVAM, M. C.; MARCON, S. S.; ANTONIO, M. M.; MUNARI, D. B.; WAIDMAN, M. A. P. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 3, p. 679-686, 2011.

FERNANDES, M. A.; MAIA, M. A. B.; MEIRELES, P. C. J.; SOUSA, L. E. N. Reforma psiquiátrica: percepção da família do portador de transtorno mental. **Revista Interdisciplinar UNINO-VAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 21-25, jul./ago./set. 2012.

FERREIRA, A. C. Z. A complexa vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 40, n. 1, p. 105-110, 2006.

GUEDES, A. C. *et al.* A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 547-553, 2010.

GUSMÃO, S. S.; CAMPOS, G. B.; TEIXEIRA, A. L. **Exame neurológico**. Bases Anatomofuncionais. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter Ltda., 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=230570&search=%7Cipaumirim&lang=>.

KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B.; SCHARANK, G. O relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, p. 201-207, 2003.

LIMA, L. S. **Implementação de protocolo na assistência de enfermagem em um centro de atenção psicossocial**. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 01-29, 2014.

MACHADO, V. C.; SANTOS, M. A. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Interface—comunicação, saúde, educação**, v. 16, n. 42, p. 793-806, jul./set., 2012.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, G. C. S.; PERES, M. A. A.; OLIVEIRA, A. M. B.; STIPP, M. A. C.; ALMEIDA FILHO, A. J. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no Município de Volta Redon-

da – RJ. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2013.

MENDES, T. H.; CASTRO, R. C. B. R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Revista de Enfermagem da UNISA**, v. 6, n. 9, p. 94-8, 2005.

MESQUITA, K. S. F.; SANTOS, C. M. R. Assistência de enfermagem na saúde mental como elaboração de um plano de cuidados. **Revista Contexto e Saúde**, v. 12, n. 29, p. 30-36, jul./dez. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2009.

MORAES, G. F. **A permanência do tratamento em saúde mental no hospital psiquiátrico na lógica manicomial**: relato de uma experiência. 2010. 108p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2010.

NASCIMENTO, K. C.; KOLHS, M.; MELLA, S.; BERRA, E.; OLSCHOWSKY, A.; GUIMARÃES, A. N. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Revista Enfermagem UFPE On-line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 940-948, mar. 2016.

OLIVEIRA, L. V.; CIRILO, L. S.; COSTA, G. M. C. O cuidar do portador de transtorno mental: significado para a família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 164-178, jan./mar. 2013.

PIMENTA, E. S. **A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção**

Psicossocial: uma perspectiva institucionalista. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PORTAL DA SAÚDE MENTAL. **Saúde mental:** o conceito e a psicologia positiva. 2016. Disponível em: <https://www.portaldasaudemental.pt/artigos/saude-mental-conceito-psicologia-positiva/>. Acesso em: 02 set. 2017.

PRATES, M. M. L.; GARCIA, V. G.; MORENO, D. M. F. C. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em saúde mental junto à estratégia de saúde da família: espaço de discussão e de cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 642-652, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Pensando famílias**, v. 18, n. 1, p. 138-153, jun. 2014.

ROCHA, F. L. Direito biomédico, neurociências e psiquiatria – aspectos teóricos e práticos. Doença mental e estigma. **Percorso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 143-155, jan./jun. 2013.

RODRIGUES, I. O. *et al.* Sinais preditores de depressão em escolares com transtorno de aprendizagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 864-875, ago. 2016.

SANCHES, M. *et al.* O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo? **Arq. Med. Hosp. Fac. Ciênc. Med. Santa Casa São Paulo**, v. 50, n. 1, p. 18-23, 2005.

SANTORO, M. C. F. **A trajetória de cuidado ao portador de esquizofrenia:** narrativas familiares. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SANTOS, J. C. **O estigma da doença mental:** compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2013.

SANTOS, N.; VELGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 355-358, mar./abr. 2011.

SANTOS, R. A. S.; BARBOSA, K. K. S.; LELLIS, M. F.; SAMPAIO, S. F.; PORTO, E.; ALBUQUERQUE, R. S. Dificuldades enfrentadas pela família na convivência com o portador de transtorno mental. **SANARE**, v. 14, Supl. 1, p. 20, 2015.

SILVA, F. S.; SIMPSON, C. A.; DANTAS, R. C. Reforma psiquiátrica em Natal–RN: evolução histórica e os desafios da assistência de enfermagem. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, ago. 2014.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2008.

TADOKORO, D. C. **Transtornos mentais na atenção primária:** uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2012.

THIOLLENT, M. J. M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 16. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 132p.

TORRES, H. G. **Informação demográfica e políticas públicas na escala regional e local.** Santiago do Chile: CELADE/CEPAL, out. 2005. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/centrodometro-pole/antigo/v1/pdf/Texto_Celade___Haroldo_Torres2%5B1%5D.pdf. Acesso em: 10 ago. 2017.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. Organização e saber psiquiátrico. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 49-58, dez. 1981.

VILELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004.

WOYCIEKOSKI, C.; HUTZ, C. S. Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 22, n. 1, p. 01-11, 2009.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. Semiologia psiquiátrica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 44-53, jan./mar. 1996.

ORGANIZADORES E AUTORES CREDENCIAIS

Aissa Romina Silva do Nascimento

Doutora e Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba; Docente da Universidade Federal de Campina Grande– UFCG. Presidente do Comitê de Enfrentamento da Violência CFP/ UFCG; Membro do grupo de pesquisa Violência e Saúde – GPVS/ UFCG/CNPq. aissas@bol.com.br

Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

Doutora em Pesquisa em Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP; Docente pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. rejanegomes-moura@gmail.com

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

Enfermeira; Pós-doutoranda pela Universidade Federal de Campina Grande; Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC; Docente da Faculdade Santa Maria – FSM. ankilmar@hotmail.com

Anúbes Pereira de Castro

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública–ENSP/FIOCRUZ; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Residência Médico cirúrgica pelo

Hospital das Clínicas de Pernambuco–UFPE; Docente estagiária pelo CES/ Universidade de Coimbra – Portugal/PDSE/CAPES; Docente da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Líder do grupo de pesquisa Violência e Saúde–UFCG/CNPq. anubebes@ensp.fiocruz.br

Cláudia Maria Fernandes

Docente pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Mestre em Ensino na Saúde – CEMEPS/UECE; Especialista em Saúde da Família e Educação–Escola de Saúde Pública/ CE. Doutoranda em Educação (UFS/UFCG), claudiaalegrif@yahoo.com.br

Constantino Duarte Passos Neto

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFPB; Residência em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará – RIS/ESP – CE; Integrante do Núcleo de Pesquisa Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC/UFCG/CNPq; Enfermeiro efetivo do CAPES AD III de Serra Talhada/ PE. Constantinoduarte.enf@gmail.com

Cryslanny de Souza Maciel e Silva

Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande UFCG; Residente em Enfermagem em Nefrologia pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Cryslanny_souza@hotmail.com

Daniele Veloso de Menezes

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio; Residência em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará – RIS/ESP – CE; ; Integrante do Núcleo de Pesquisa Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC/UFCG/CNPq;

Docente do Curso de Psicologia e Fisioterapia da Faculdade de Integração do sertão – FIS, Serra Talhada – PE. danyvelosomenezes@gmail.com

Eduardo Sérgio Soares Sousa

Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro de Ciências Médicas (CCM), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Diretor do Centro de Ciências Médicas da UFPB (2013-2017; 2018-2021). Possui Doutorado em Ciências da Saúde pela UFPB (2003), área de concentração em Saúde Coletiva; e Doutorado em Sociologia pela UFPB (2009), área de concentração em Sociologia da Saúde; Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde (2002/2003). Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (2001). Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (1990) e em Cirurgia Geral (1986). Graduação em Medicina (1985) pela UFPB. Integra os grupos de pesquisa: Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPESSC/CCHLA/UFPB); Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher (CCM/UFPB); Grupo de Pesquisa Violência e Saúde (GPVS). esergiosouza@gmail.com

Erlane Aguiar Feitosa de Freitas

Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia–UFBA; Mestre em Ciências da Motricidade Humana pela UNESP/Rio Claro; Docente da Universidade Federal de Campina Grande–UFCG. Membro do grupo de pesquisa Violência e Saúde–UFCG/CNPq. lana-ff@bol.com.br

Esther Alves Fernandes

Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde (GPVS). Bolsista do projeto de Iniciação Científica SIN-

TOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO MUNICIPIO DE CAJAZEIRAS: Prevalência e fatores associados. alvesesther632@gmail.com

Leandro Nonato da Silva Santos

Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Pós Graduando em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB; Membro do Banco de Colaboradores, na modalidade Professor Visitante do projeto de especialização em saúde pública e projeto de especialização em estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher do Centro de Educação Permanente em Vigilância a Saúde (CEVIG) da Escola de Saúde Pública do Ceará–ESP/CE; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde–UFCG|CNPq. leandrononato92@gmail.com

Luciana Modesto de Brito

Médica Intensivista pela Faculdade Redentor/AMIB; Mestranda em Sistemas Agroindustriais pelo Centro de Ciências e Tecnologia Agroalimentar – CCTA, UFCG; Especialista em preceptoria de Residência Médica pelo Hospital Sírio Libanês; Mestranda pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG; Docente da Faculdade Santa Maria – FSM. lucianamodesto@hotmail.com

Luísa Marianna Vieira da Cruz

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial – CAPSADIII em Serra Talhada; Bacharelado em Psicologia pela Universidade do São Francisco Docente na Autarquia Educacional de Serra Talhada – AESET/FACISST; Pós Graduação em Álcool e outras drogas; lucruzst@gmail.com

Márcia Janiele Nunes da Cunha Lima

Mestre em Sistemas Agroindustriais – PPGSA/UFCG; Enfermeira pela Faculdade Santa Emília de Rodat – FAZER; Atuou como Diretora e gerente da Enfermagem do Hospital e Maternidade João Marsiano em Bayeux; Coordenadora e docente do Curso técnico de Enfermagem da Escola Técnica de Enfermagem Ômega. marciacunhalima87@hotmail.com

Mary Luce Melquíades Meira

Doutoranda em Psicologia Clínica pela USP; Mestre em Sistemas Agroindustriais – UFCG; Graduada em Administração de Empresas pela UEPB; Graduada em Enfermagem pela UNESC – PB; Especialização em Administração Hospitalar pela UNAERP – Ribeirão Preto/SP. Mary-maira@hotmail.com

Nívea Mabel de Medeiros

Doutoranda em Engenharia de processos e Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande–UFCG; Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos; Enfermeira; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde – GPVS/UFCG/CNPq. niveamabel@hotmail.com

Ozaniely Linhares de Freitas

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande–UFCG. Atualmente cursa a Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família pela FIC–Faculdades Integradas do Ceará. Participou do Programa de Monitoria da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), na qualidade de monitora voluntária da disciplina Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II, durante os períodos letivos do ano 2015. Participou dos Projetos de Extensão: Maternar–Educação em Saúde na Atenção a Gestantes e Puérperas (vigência 2016) e Enfermeiros Injeção de Risos (vigência 2014),

ambos vinculados ao PROBEX da UFCG/ Centro de Formação de Professores. E-mail: ozaniely_linhares@hotmail.com

Polyanna Karinae de Morais Wanderley Lacerda

Enfermeira pela faculdade internacional da paraíba – fpb; especialista multiprofissional em saúde das famílias e das comunidades–una-sus ufpe; especialista em urgência e emergência – especializa cursos João Pessoa-PB; coordenadora do espaço saúde na associação do pessoal da caixa econômica federal apcef/pb. Polyanawanderley@hotmail.com

Raony Manguiera Lima Lopes

Docente pela Universidade Federal de Campina Grande; Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal da Paraíba–UFPB; Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde UFCG/CNPq. Mestrando do Curso de Mestrado Acadêmico em Ensino (CMAE) do Programa de Pós-Graduação em Ensino (PPGE) do Departamento de Educação do Campus Avançado de Pau dos Ferros (CAPF) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) desde 2020. raonymllopes@hotmail.com

Rita Duarte Brito Dantas

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande(2016), graduação em Pedagogia em Regime Especial pela Universidade Estadual Vale do Acaraú(2002), especialização em Metodologia do Ensino Fundamental e Médio pelo Instituto Superior de Educação Vale do Salgado(2004) e ensino-medio-segundo-graupelo Centro Educacional XI de Agosto(1990). Atualmente é Técnico de enfermagem da Prefeitura Municipal do Icó. Tem experiência na área de Enfermagem. ritaduarte@gmail.com

Thaise de Abreu Brasileiro Sarmiento

Mestranda em Sistemas Agroindustriais pelo Centro de Ciência e Tecnologia Agroalimentar, CCTA-UFCG; Médica pediatra com residência pelo HUOC/UPE; Especialista em preceptoria de residência médica no SUS pelo Hospital Sírio Libanês; Especialização em neonatologia em andamento pelo IBCMED; Docente da Faculdade Santa Maria – FSM. thaiseabreu@hotmail.com

Victor Hugo Farias da Silva

Mestre em Psicologia (UFRN), Especialista em Psicologia (UNEPSI), Graduado e Licenciado em Psicologia pela UFPB. Docente de Ensino Superior e Pós-Graduações *Latu Sensu*. Tem foco de estudos e pesquisas a Reforma Psiquiátrica, a saúde mental e atenção psicossocial, a luta antimanicomial, a medicalização da vida e o sofrimento mental em crianças e adultos. Atualmente é Professor Substituto de Psicologia Médica na UFCG/CFP/UACV de Cajazeiras-PB. victor.rib12@gmail.com

FORMATO *15x21 cm*

TIPOLOGIA *Adobe Garmond Pro*

Nº DE PÁG. *121*

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- EDUFCG

